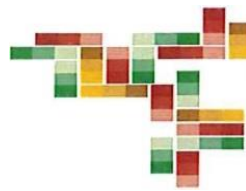


Sundhedsaftalen 2015 – 2018



Samarbejdsaftale om voksne borgere med
psykisk sygdom

Forord/læsevejledning

Samarbejdsaftalen om voksne borgere med psykisk sygdom er en aftale, der udmønter en af de indsatser, der skal håndteres under Sundhedsaftalen for 2015 – 2018.

Samarbejdsaftalen danner grundlaget for det konkrete samarbejde mellem kommuner, psykiatriske centre og praktiserende læger i Region Hovedstaden om voksne borgere med psykisk sygdom, der har brug for en indsats fra flere forskellige sektorer.

Aftalen skitserer indledningsvist det fælles værdigrundlag og principperne, der ligger til grund for det tværsektorielle samarbejde. Værdier og hensigter, der er bærende for det tværsektorielle samarbejde og som skal være grundlæggende for samarbejdet, hvis der opstår problemstillinger, der ikke er reguleret direkte i aftalen.

Aftalen er desuden opbygget efter et forløb med henvisning, udredning og behandling samt afslutning af et behandlingsforløb. Aftalen regulerer både samarbejdet under indlæggelsesforløb og ambulante behandlingsforløb.

Endelig indeholder aftalen en række retningslinjer i forhold til samarbejdet om:

- Beboere på botilbud
- Borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug
- Hjemløse
- Borgere med psykisk sygdom og retslig foranstaltning
- Børn i familier med psykisk sygdom

Aftalen afsluttes med et afsnit om det generelle grundlag for samarbejdet, der forholder sig til:

- Ansvarsfordeling
- Kontaktoplysninger
- Kommunikation
- Aftalens løbetid
- Opfølgning på aftalen

Elektronisk aftale

Der er ønske om, at aftalen skal være let tilgængelig, hvorfor aftalen skal omsættes til en elektronisk udgave, når den er endeligt vedtaget. Derved sikres, at aftalen bliver nem og hurtig at orientere sig i.

Det indebærer, at denne aftale indeholder en række gentagelser, når den læses som ”et helt dokument”. Baggrund for disse gentagelser er, at aftalen, når den omsættes til en elektronisk udgave, indeholder de nødvendige oplysninger, når læseren har fundet de afsnit i aftalen, der er relevante for de pågældende medarbejdere.

Indholdsfortegnelse

Indledning – side 5

- Aftalens parter – side 5
- Samtykke – side 5
- Målgruppe og formål – side 5

Henvisning – side 6

- Planlagt behandling – side 6

Samarbejde under ambulat behandling – side 9

- Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne – side 9
- Netværksmøder – side 10
- Tilfælde, hvor borger ikke ønsker behandling og/eller kommunale indsatser – side 11
- Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og praktiserende læger – side 10
- Afslutning af et ambulat behandlingsforløb – side 11

Akut behandling – side 12

Indlæggelse – side 13

- Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne – side 13
- Orientering, varsling og færdigmelding – side 13
- Netværksmøder under indlæggelse – side 16
- Afmelding af færdigmelding – genoptagelse af behandling – side 16

Udskrivning – side 16

- Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne – side 16
- Netværksmøde ved udskrivning – side 17
- Udskrivningsaftale – side 17
- Koordinationsplan – side 17
- Udskrivningsmentorer – side 18
- Korte indlæggelsesforløb – side 18
- Overgang til ambulat behandling – side 18
- Samarbejde med praktiserende læger ved udskrivning – side 18

Særligt i forhold til – side 19

Beboere på botilbud – side 19

- Ambulante behandling – side 19
- Indlæggelse – side 19
 - o Akut indlæggelse – side 19
 - o Planlagt indlæggelse – side 20
- Udskrivning til botilbud – side 20

Borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug – side 21

- Koordinerende indsatsplaner – side 21

Hjemløse – side 22

Borgere med psykisk sygdom og retslig foranstaltning – side 22

- PSP-samarbejdet – side 23

Børn i familier med psykisk sygdom – side 23

Det generelle grundlag for samarbejdet – side 24

- Ansvarsfordeling – side 24
- Kontaktoplysninger – side 25
- Kommunikation – side 25
- Aftalens løbetid – side 25
- Opfølgning – side 26

Ordforklaring – side 27

UDKAST

Indledning

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen har indgået en sundhedsaftale for perioden 2015 – 2018. Aftalen fastlægger rammerne og retningen for det tværsektorielle samarbejde om de borgere, der har brug for en indsats fra både kommuner, hospitaler og almen praksis. Aftalen skal understøtte, at borgerne oplever kvalitet, effektivitet og sammenhæng i deres forløb.

Samarbejdsaftalen om voksne med psykisk sygdom udmønter Sundhedsaftalens krav til det tværsektorielle samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og Region Hovedstadens Psykiatri i forhold til denne målgruppe. Samarbejdsaftalen revideres som led i implementeringen af sundhedsaftalen. Praktiserende læger indgår i samarbejdet i det omfang, det er aftalt i Praksisplanudvalget.

Aftalens parter

Aftalen er indgået mellem:

- Kommunerne i Region Hovedstaden i forhold til alle kommunale indsatser, som de fælles borgere har behov for. Det indebærer at såvel socialområdet, jobcentre, sundhedsområdet og evt. andre relevante kommunale områder er omfattet af aftalen.
- Region Hovedstadens Psykiatri, både i forhold til ambulans behandling, opsøgende behandling og behandling under indlæggelse.
- Praktiserende læger i forhold til de opgaver, de i øvrigt varetager i forhold til de borgere med psykisk sygdom, når det er aftalt i Praksisplanudvalget.

Samtykke

Det er en grundlæggende forudsætning for samarbejdsaftalen, at borgeren har givet samtykke til, at der kan udveksles oplysninger mellem de forskellige aktører, eller at lovgivningen i øvrigt hjemler mulighed for udveksling af oplysninger uden samtykke, jf. sundhedslov, forvaltningslov, persondatalov mv. [link](#).

Målgruppe og formål

Målgruppen er borgere over 18 år, der både har brug for psykiatrisk behandling af psykisk sygdom og kommunale indsatser som følge af psykisk sygdom.

Aftalen har til formål at sikre:

- At borgere med psykisk sygdom får den rettidige og relevante hjælp, behandling og støtte.
- At borgere med psykisk sygdom inddrages aktivt i udredning, behandling og rehabilitering, og er i fokus for indsatsen, uanset om indsatsen ydes af en kommune, Region Hovedstadens Psykiatri eller den praktiserende læge.
- At borgeren oplever en sammenhængende og koordineret indsats på tværs af kommune, Region Hovedstadens Psykiatri og praktiserende læger.

- At indsatsen er recoveryorienteret, baseret på netværksinddragelse og rehabilitering. Den fælles indsats skal understøtte borgere med psykisk sygdom i at nå de mål – og leve det liv, de ønsker¹.

Kommunerne og Region Hovedstadens Psykiatri er enige om, at der er behov for at arbejde med samtidige og parallelle indsatser med henblik på at fremme aftalens formål og for at sikre at borgere med psykisk sygdom får en oplevelse af en sammenhængende og koordineret indsats - og undgår unødvendig ventetid.

I det følgende er der en beskrivelse af samarbejdet:

- I forbindelse med henvisningen,
- Under ambulant behandling,
- Under indlæggelse og udskrivning
- I forhold til samarbejdet om særlige indsatsområder, fx beboere på botilbud

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

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 speciallæge² i psykiatri eller på hospitalet (Region Hovedstadens Psykiatri).³

Når der er behov for behandling af den psykiske sygdom i Region Hovedstadens Psykiatri sender borgerens læge en henvisning til den Centrale Visitation i Region Hovedstadens Psykiatri (CVI) [link til CVI](#). De praktiserende læger følger de retningslinjer, der er beskrevet i forløbsbeskrivelser for henvisninger – [link til forløbsbeskrivelser på sundhed.dk](#).

1

Recovery er borgerens individuelle proces – ikke resultatet eller effekten af rehabilitering (eller behandling). Rehabilitering er et tidsbegrænset og målrettet samarbejde mellem borgeren (og dennes pårørende) og fagpersoner. At arbejde recoveryorienteret medfører ikke, at kontaktperson (myndigheden eller andre kommunale aktører) overtager ansvaret for borgerens personlige recovery. Samarbejdet mellem fagperson og borger må derfor indeholde en fælles forståelse af støtten, dens mål og delmål.

Selvbestemmelsesretten skal dog afvejes ift. omsorgspligten.

² Privatpraktiserende speciallæger er ikke omfattet af denne aftale.

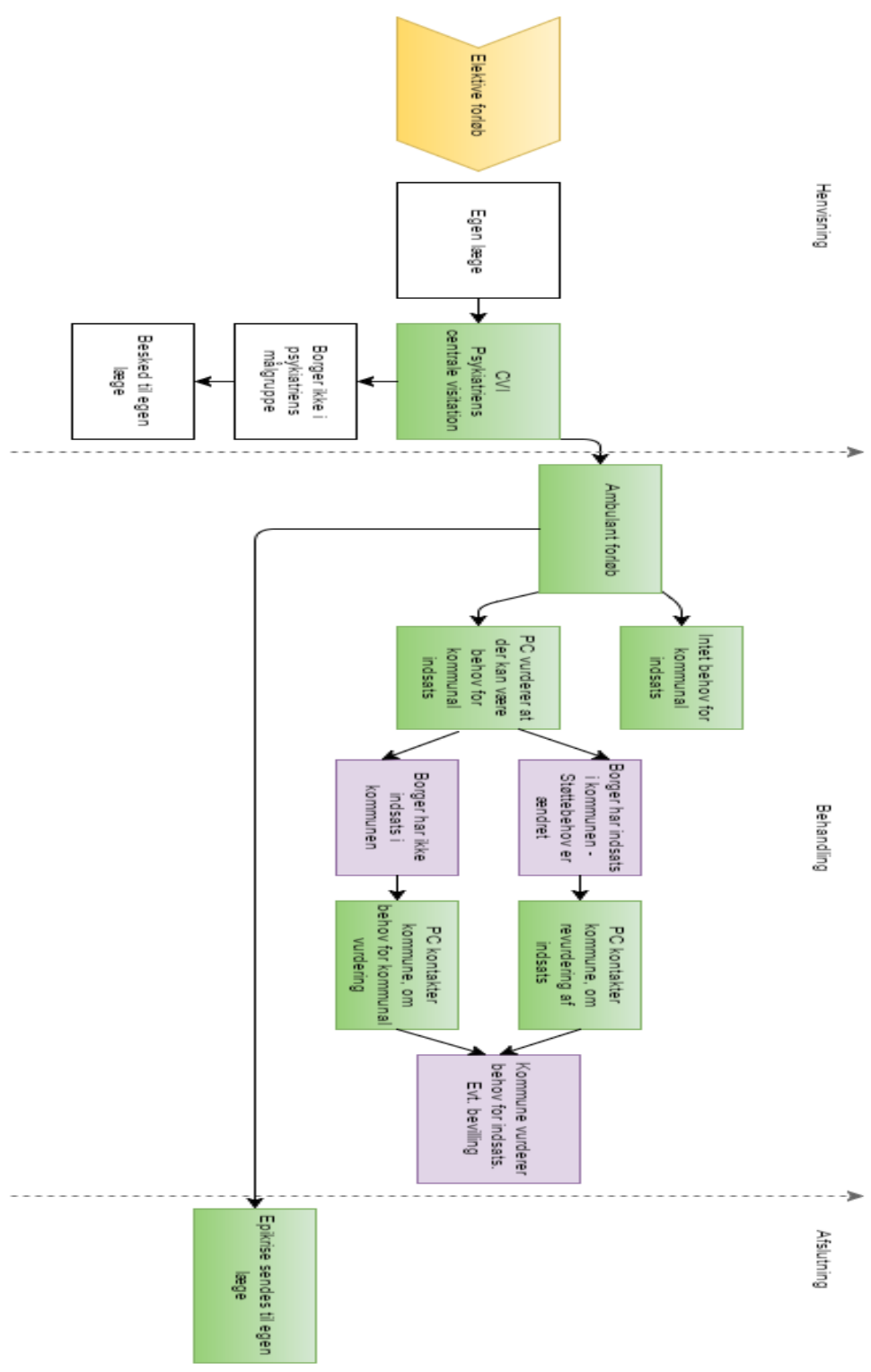
³ Hospitalet varetager den specialiserede behandling af psykisk sygdom. Når en borgers psykiske sygdom har en sværhedsgrad, der gør, at sygdommen ikke kan behandles hos den praktiserende læge eller hos privatpraktiserende psykiater/psykolog varetages den specialiserede behandling på hospitalsniveau. Der kan enten være tale om ambulant behandling eller behandling under indlæggelse.

Når der sendes en henvisning, er der altid tale om planlagt behandling. Hvis der opstår et akut behov for behandling, er processen anderledes. Det er beskrevet under afsnittet om akut behandling.

Den Centrale Visitation - CVI modtager alle henvisninger til udredning og behandling i Region Hovedstadens Psykiatri. Henvisningen skal indeholde en henvisningsdiagnose og oplysninger om, hvad der ligger til grund for lægens vurdering af, at det er nødvendigt med hospitalsbaseret psykiatrisk behandling. Hvis der i forbindelse med en henvisning er behov for dialog med den visiterende læge kan Den Centrale Visitation - CVI kontaktes på tlf. 3864 0200 mellem kl. 10.00 – 13.00 på hverdage.

Henvisningen skal sikre, at Den Centrale Visitation - CVI på baggrund af oplysningerne i henvisningen kan vurdere, dels om borgeren er i målgruppen for behandling i Region Hovedstadens Psykiatri, dels kan henvise borgeren til det rette behandlingsforløb. Hvis Den Centrale Visitation - CVI ikke kan vurdere henvisningen på grund af uklarhed eller utilstrækkelige oplysninger opfordres Den Centrale Visitation - CVI til tage kontakt til henvisende læge med henblik på afklaring.

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



Samarbejde under ambulant behandling

Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne

Når en borger påbegynder et ambulant behandlingsforløb i Region Hovedstadens Psykiatri skal Region Hovedstadens Psykiatri undersøge, om borgeren enten får eller kunne have brug kommunale indsatser. De relevante kommunale indsatser afhænger af borgerens situation og kan derfor være mangeartede:

- *Sociale indsatser* kan fx være støttekontaktperson, aktivitets- og samværstilbud i socialpsykiatrien, individuel bostøtte eller praktisk hjælp i hjemmet. I sager, hvor borgeren har 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 genoptræning⁴.
- *Forsørgelsesmæssige indsatser* fra kommunen i form af ydelser eller arbejdsmarkedsrettede tilbud.
- *Jobrettede indsatser* kan fx være mentorstøtte, evt. etableret som udskrivningsmentor.

De kommunale indsatser kan iværksættes, når der har fundet en vurdering og visitation sted i kommunen. Indsatserne iværksættes bl.a. på baggrund af lægelige oplysninger om borgerens situation.

Når borgeren både har brug for hjælp fra kommunen og Region Hovedstadens Psykiatri, vil der være behov for et godt og smidigt samarbejde på tværs af sektorerne. Kommunen og Region Hovedstadens Psykiatri skal i sådanne tilfælde arbejde med samtidige og parallelle indsatser, så borgeren oplever, at hjælpen hænger sammen og er koordineret.

For at tilrettelægge en sammenhængende indsats er der behov for klarhed over, hvem der løser hvilke opgaver, og at det sikres, at sektorerne hver især arbejder med egne kerneopgaver – Region Hovedstadens Psykiatri skal have fokus på udredning og behandling af psykisk sygdom, kommunen skal have fokus på borgerens behov for kommunale indsatser, fx bolig, aktivitets- og samværstilbud, beskæftigelse mv.

⁴ Kommunerne skal jf. sundhedslovens § 140 tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der har et lægeligt vurderet behov for genoptræning efter udskrivelse fra sygehus – jf. sundhedslovens § 84 om genoptræningsplaner. Herudover skal kommunerne i henhold til servicelovens § 86 tilbyde vedligeholdende træning til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

Arbejdsgruppen vedr. genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler, der er nedsat i regi af sundhedsaftalen har primo 2016 iværksat en proces med henblik på udarbejdelse af retningslinjer og kriterier for genoptræning af borgere efter indlæggelse pga psykisk sygdom. Arbejdsgruppens forslag forventes drøftet i den administrative styregruppe for sundhedsaftalen i 2. halvår 2016.

For at sikre dette, skal kommunen og Region Hovedstadens Psykiatri så hurtigt som muligt kontakte hinanden og tilrettelægge den samlede indsats i tæt samarbejde med borgeren og dennes familie og/eller netværk.

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

Ved ambulant behandling har kommunen mulighed for at støtte borgere, der også er visiteret til indsatser i kommunen, i at fastholde behandlingen. Kommunerne motiverer og støtter borgeren i at anvende medicin efter aftale med behandlende læge. Det kan også rent praktisk være støtte til at sikre, at borgeren møder til behandling/samtaler hos behandlende 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 planer, der er udarbejdet af hhv. det psykiatriske center og kommunen bliver koordineret. I komplicerede forløb vil det være hensigtsmæssigt, at der arbejdes med en fælles plan og mål, fx koordinerende indsatsplaner i forbindelse med misbrug og samtidig psykisk sygdom.

Netværksmøder

Netværksmøder skal understøtte et velkoordineret forløb for både ambulante forløb og forløb under indlæggelse. På netværksmøder drøfter borgeren, dennes netværk og de forskellige aktører sagen, og kan indgå aftaler om forløbet. Borgeren og evt. dennes netværk skal altid deltage i netværksmødet, hvis borgeren ønsker det. Netværksmøder kan afholdes som fysiske møder, videomøder, telefonmøder eller lign.

Et netværksmøde kan afholdes på ethvert tidspunkt i et udrednings- og behandlingsforløb, når enten kommune eller det psykiatriske center skønner, at der kan være behov herfor. Netværksmøde kan ligeledes afholdes på initiativ af borgeren, hvis kommunen og det psykiatriske center er enige heri. Parterne bør prioritere at deltage i sådanne netværksmøder.

Den part, der inviterer til netværksmøde, skal udarbejde en dagsorden for mødet. Den part, der inviterer, skal desuden udarbejde et kort referat, der beskriver de aftaler, der bliver indgået. Referatet sikrer at alle parter ved, hvad der er aftalt på netværksmødet – og dermed også ved, hvem der skal følge op på de aftaler, der er indgået. Der er vigtigt, at deltagerne i netværksmødet har mandat til at indgå relevante aftaler.

Tilfælde, hvor borger ikke ønsker behandling og/eller kommunale indsatser

Sociale- og sundhedsmæssige indsatser i kommunerne er med meget få undtagelser tilbud til borgerne – og ønsker borgerne ikke at modtage tilbuddet, er der ingen sanktionsmuligheder. Afslag på jobmæssige indsatser kan dog føre til økonomiske sanktioner for borgeren.

Som kommune eller behandlende læge, er det vigtigt at være opmærksom på, at borgerens afslag om behandling eller kommunale indsatser, i sig selv kan være en indikation for, at borgeren har behov for støtte⁵.

Indsatser skal iværksættes uden anmodning i de tilfælde, hvor kommunens omsorgspligt overstiger hensynet til borgerens personlige integritet. Det vil være i sjældne tilfælde og oftest, hvor der er åbenlys risiko for borgerens sundhed.

Samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og praktiserende læger

Region Hovedstadens Psykiatri skal informere borgerens læge, når der under et ambulantly 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.

Afslutning af et ambulantly behandlingsforløb

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

Der er afgørende i forhold til patientsikkerheden, at ansvaret er klart placeret i forbindelse med sektorovergange. I dag foregår ansvarsoverdragelse fra hospitalssektoren til almen praksis ofte via epikrise, og/eller ved at patienten selv får ansvaret for at viderebringe besked til egen læge, om hvilken videre behandling, henvisning mv. det evt. ønskes foretaget.

Sikker ansvarsoverdragelse indebærer en klar beskrivelse af opgaven, der ønskes udført af modtageren, ligesom modtageren skal acceptere og kvittere for opgaven, før afsenderen kan anse opgaven som sikkert overleveret. Opgaver, der ønskes overdraget fra hospitalet til almen praksis, bør derfor ikke formidles gennem epikriser, hvor kvittering for og accept af opgaven ikke kan finde sted. Telefonisk kontakt eller korrespondancemeddelelser (ved ikke akutte tilfælde) kan her være et redskab.

Såfremt modtageren ikke ser sig i stand til at varetage og kvittere for opgaven, skal afsenderen sørge for opfølgning/behandling på anden vis.

⁵ I sådanne tilfælde kan kommunen fx anvende servicelovens § 99 og § 129

Det er i praksisplanen anbefalet, at der arbejdes for yderligere understøttelse af sikker ansvarsoverdragelse.

Samtidig orienterer Region Hovedstadens Psykiatri borgerens kommune – se afsnit vedr. kontaktoplysninger, når der er et igangværende samarbejde om borgeren.

Det er herefter borgerens kommune og praktiserende læge, der forestår indsatsen. Hvis borgerens tilstand forværres, kan der igen henvises til behandling i Region Hovedstadens Psykiatri – enten ved at der sendes en henvisning til Den Centrale Visitation - CVI, eller borgeren henvender sig på en akutmodtagelse.

Akut behandling

Når en borger får behov for akut psykiatrisk behandling, kan borgeren, eller andre på vegne af denne, kontakte den nærmeste psykiatriske akutmodtagelse⁶ [link](#). Alle kan henvende sig uden visitation eller henvisning på en psykiatrisk akutmodtagelse.

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
- 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:

⁶ På Bornholm kontaktes den somatiske akutmodtagelse

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

Hvis borgeren bliver henvist til ambulante behandling, er forløbet beskrevet i afsnittet om ambulante 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 undersøge, om borgeren enten får eller kunne have brug for kommunale indsatser, herunder indsatser fra det sociale, det sundhedsfaglige og/eller det beskæftigelsesrettede område.

Det bemærkes, at hvis en borger, der indlægges til psykiatrisk behandling og som modtager kontanthjælp, dagpenge eller sygedagpenge har ret til en udskrivningsmentor i henhold til lov om aktiv beskæftigelsesindsats, skal det psykiatriske center kontakte borgerens kommune og informere om, at borgeren er indlagt og ønsker at gøre brug af sin ret til en udskrivningsmentor, jf. § 31 b, stk. 2 i lov om aktiv beskæftigelse [link](#).

Hvis det psykiatriske center vurderer, at borgeren enten får eller kunne have brug for kommunale indsatser – eller opfylder betingelserne for at få tildelt en udskrivningsmentor, skal det psykiatriske center så tidligt som muligt kontakte borgerens kommune med henblik på dialog /netværksmøde – se afsnit herom – så der allerede på et tidligt tidspunkt er mulighed for at igangsætte arbejdet om vurdering og evt. tilkendelse af kommunale indsatser.

Det indebærer, at borgerens kommune skal adviseres så snart det psykiatriske center har identificeret, at der kan være behov for enten justering eller iværksættelse af nye kommunale indsatser. Hvis kommunen vurderer, at der er grundlag for justering og/eller tilvejebringelse af kommunale indsatser, begynder kommunen sagsbehandlingen parallelt med, at den psykiatriske behandling finder sted. Kommunen holder det psykiatriske center orienteret herom.

Det er afgørende for sagens fremdrift og timing, at der under indlæggelsen foregår et kontinuerligt tæt samarbejde mellem det psykiatriske center og kommunen. 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 et netværksmøde, der enten kan være et fysisk møde, et videomøde, et telefonmøde eller lign.

Orientering, varsling og færdigmelding

Der er følgende hovedscenarier for dette samarbejde:

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 indlæggelse og udskrivning. Kommunen standser som hovedregel den kommunale indsats ved indlæggelsen og genoptager ved udskrivningen.

Orientering, varsling og færdigmelding

Der sker ikke varsling og færdigmelding 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.

Orientering, varsling og færdigmelding

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 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 i hospitalsregi borgerens kommune ved at sende varslingsblanket – [link til revideret orienterings- varslings- og færdigmeldingsblanket](#).

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

Det psykiatriske center sender færdigmelding til kommunen, når borgeren efter en lægelig vurdering er færdigbehandlet under indlæggelse.

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 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 der er givet samtykke hertil. Det gælder også i de tilfælde, hvor der ellers ville have været behov for at det psykiatriske center varsler kommunen om udskrivning.

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, der gør det muligt for kommunen at vurdere, om der er behov for kommunale indsatser. Kommunen skal på dette grundlag påbegynde sagsbehandlingen, hvis der er brug for kommunale indsatser.

Orientering, varsling og færdigmelding

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 i hospitalsregi borgerens kommune ved at sende varslingsblanket [link til revideret orienterings- varslings- og færdigmeldingsblanket](#).

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

Det psykiatriske center sender færdigmelding til kommunen, når borgeren efter en lægelig vurdering er færdigbehandlet under indlæggelse.

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 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 der er givet samtykke hertil. Det gælder

også i de tilfælde, hvor der ellers ville have været behov for at det psykiatriske center varsler kommunen om udskrivning.

Netværksmøder under indlæggelse

I tilfælde hvor udskrivningen er betinget af, at kommunale indsatser er iværksat, er det vigtigt at arbejde med netværksmøder, tidlig dialog og varslinger. I sådanne tilfælde, skal det psykiatriske center tage initiativ til et netværksmøde, som kommunerne skal deltage i indenfor 3 arbejdsdage. Netværksmøder kan afholdes som fysiske møder, videomøder, telefonmøder eller lign.

I tilfælde, hvor der kan ske udskrivning, selv om der ikke er iværksat kommunale indsatser er der ikke krav om, at kommunerne deltager i netværksmøde indenfor 3 dage.

Det vil i sådanne tilfælde være muligt at afholde netværksmøde efter udskrivning, hvis patienten overgår til ambulante behandling.

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 udskrivningsparat fremsendes færdigmelding på ny. Det er i dette tilfælde ikke nødvendigt at forvarsle forinden.

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 herom nedenfor.

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 fastsætter en udskrivningsdato, bør det psykiatriske center orientere kommunen herom, hvis borgeren kan udskrives, selv om eventuelle kommunale indsatser ikke er sat i værk.

Hvis borger ikke kan udskrives før 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 i hospitalsregi borgerens kommune ved at sende varslingsblanket [link til revideret orienterings- varslings- og færdigmeldingsblanket](#).

Det psykiatriske center sender desuden en færdigmelding på det tidspunkt, hvor borgeren er færdigbehandlet.

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.

Netværksmøde ved udskrivning

Hvis der er behov for en yderligere koordinerende indsats ved udskrivningen, skal der holdes et netværksmøde ved udskrivning, hvor udskrivningsforløbet tilrettelægges og aftales (evt. i form af videomøde). Når der er behov for at holde et netværksmøde ved udskrivning, skal dette ske i forlængelse af en tidligere tværsektoriel dialog om - og sammen med – borgeren (tidligere netværksmøder).

Både kommune og det psykiatriske center har ret til at indkalde til et netværksmøde ved udskrivning. Borgeren og dennes familie/netværk deltager i mødet sammen med repræsentanter fra kommunen, fra det psykiatriske center og evt. praktiserende læge, hvis der er behov for det. Den praktiserende læges deltagelse sker altid efter dialog med denne.

Hvis der er opfyldt ganske særlige betingelser i psykiatriloven, skal overlægen vurdere, om der er behov for at indgå en udskrivningsaftale (borgeren medvirker), eller aftale en koordinationsplan (borgeren medvirker ikke) – se nedenfor.

Udskrivningsaftale

Målgruppen for udskrivningsaftaler er borgere med psykisk sygdom, som ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for deres helbred. I sådanne tilfælde, har overlægen på det psykiatriske center ansvaret for, at der bliver indgået en udskrivningsaftale, jf. § 13a i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien [link](#).

Udskrivningsaftalen indgås mellem borgeren, det psykiatriske center, kommunen og andre relevante parter. Udskrivningsaftalen omfatter de behandlingsmæssige og sociale tilbud til borgeren. Det er overlægen på det psykiatriske center, som vurderer, om borgeren ikke selv vil søge behandling eller sociale tilbud efter udskrivning.

Koordinationsplan

Hvis borgeren ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale skal det vurderes, om der er behov for en koordinationsplan.

Målgruppen for en koordinationsplan er borgere, som ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale. Overlægen på det psykiatriske center har ansvaret for i samarbejde med borgerens kommune og evt. egen læge og andre relevante parter at udarbejde en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale støttetilbud til borgeren, jf. § 13b i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien [link](#).

Udskrivningsmentorer

Borgere, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse og som modtager kontanthjælp, dagpenge eller sygedagpenge har ret til en udskrivningsmentor i henhold til lov om aktiv beskæftigelsesindsats. Retten opstår også i forhold til meget korte indlæggelsesforløb.

Hvis borgeren opfylder betingelserne herfor, skal Region Hovedstadens Psykiatri kontakte borgerens kommune og informere om, at borgeren er indlagt og ønsker at gøre brug af sin ret til en udskrivningsmentor, jf. § 31 b, stk. 2 i lov om aktiv beskæftigelse [link](#).

Korte indlæggelsesforløb

I tilfælde, hvor indlæggelsesforløbet er ganske kortvarigt, herunder indlæggelse til af-rusning, orienterer Region Hovedstadens Psykiatri borgerens kommune, hvis det skønnes at borgeren har – eller kunne have behov for – kommunale indsatser.

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

Overgang til ambulat behandling

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

Samarbejde med praktiserende læge ved udskrivning

Ved udskrivning fra indlæggelse opdaterer det psykiatriske center det Fælles Medicin Kort - FMK og sender en epikrise til borgerens læge inden for 24 timer.

Der er afgørende i forhold til patientsikkerheden, at ansvaret er klart placeret i forbindelse med sektorovergange. I dag foregår ansvarsoverdragelse fra hospitalssektoren til almen praksis ofte via epikrise, og/eller ved at patienten selv får ansvaret for at viderebringe besked til egen læge, om hvilken videre behandling, henvisning mv. det evt. ønskes foretaget.

Sikker ansvarsoverdragelse indebærer en klar beskrivelse af opgaven, der ønskes udført af modtageren, ligesom modtageren skal acceptere og kvittere for opgaven, før afsenderen kan anse opgaven som sikkert overleveret. Opgaver, der ønskes overdraget fra hospitalet til almen praksis, bør derfor ikke formidles gennem epikriser, hvor kvittering for og accept af opgaven ikke kan finde sted. Telefonisk kontakt eller korrespondancemeddelelser (ved ikke akutte tilfælde) kan her være et redskab.

Såfremt modtageren ikke ser sig i stand til at varetage og kvittere for opgaven, skal afsenderen sørge for opfølgning/behandling på anden vis.

Det er i praksisplanen anbefalet, at der arbejdes for yderligere understøttelse af sikker ansvarsoverdragelse.

Særligt i forhold til:

Beboere på botilbud⁷

Ambulant behandling

Målgruppen er borgere, der bor på botilbud og samtidig har et ambulante forløb i Region Hovedstadens Psykiatri. Den ambulante behandling af beboere på botilbud kan foregå ved, at beboeren møder til ambulante behandling i den regionale psykiatri, eller – når dette ikke kan lade sig gøre - ved at Region Hovedstadens Psykiatri varetager behandlingen i botilbuddet.

Med henblik på at sikre, at behandlingen af disse beboere på botilbud bliver så optimal som muligt skal der være et tæt samarbejde mellem personalet på botilbuddet og det behandlingsansvarlige personale på det psykiatriske center. I tilfælde af en observeret forværring, skal personalet på botilbuddet tage kontakt til det behandlingsansvarlige personale i Region Hovedstadens Psykiatri med henblik på at minimere risikoen for at sygdommen forværres og for at forebygge indlæggelse/genindlæggelse – og/eller få råd om pleje/observation.. Ligeledes skal det behandlingsansvarlige personale i Region Hovedstadens Psykiatri, når de er i botilbuddet, informere botilbuddets personale, hvis de oplever, at borgeren er i forværring.

Botilbuddet skal redegøre for den sundhedspædagogiske støtte og pleje, der har været arbejdet med op til en henvendelse samt redegøre for de markører, der er for forværringen. Dette bør ligeledes dokumenteres og formidles på tværs.

Indlæggelse

Akut indlæggelse

Hvis der er behov for akut indlæggelse, skal beboeren efter en konkret vurdering ledsages til akutmodtagelsen, med mindre beboeren indlægger sig selv uden botilbuddets kendskab. Botilbuddet skal forinden henvendelse i akutmodtagelsen tage telefonisk kontakt til akutmodtagelsen og varsle, at de kommer. Akutmodtagelsen skal ved modtagelsen så vidt muligt prioritere vurderingen af beboere fra botilbud.

Botilbuddet skal ved indlæggelsen redegøre for den sundhedspædagogiske støtte og pleje, der har været arbejdet med op til en henvendelse samt redegøre for de markører, der er for forværringen, der ligger til grund for indlæggelsen. Dette bør ligeledes dokumenteres og formidles på tværs.

Under indlæggelsen skal der indgås en individuel aftale vedr. mødeaktivitet mellem botilbuddets personale og personalet på døgnafsnittet i Region Hovedstadens Psykiatri.

⁷ Princippene i dette afsnit gælder også for borgere med psykisk sygdom, der bor i egen bolig med bostøtte.

Planlagt indlæggelse

Planlagte indlæggelser sker i samarbejde med den psykiater, der er ansvarlig for den ambulante behandling i botilbuddet. Den behandlingsansvarlige psykiater skal samarbejde både med botilbuddet og det pågældende døgnafsnit.

Region Hovedstadens Psykiatri og botilbuddet skal i alle indlæggelsesforløb være i dialog med hinanden, dels med henblik på at skabe klarhed over det forventede indlæggelsesforløb, herunder længden heraf, dels med henblik på at sikre en god udskrivning.

Udskrivning til botilbud

I forbindelse med udskrivning af beboere til botilbud gælder aftalens ordlyd om varsling og færdigmelding – se afsnit herom. Det indebærer, at det psykiatriske center skal *orientere* botilbuddet om udskrivning i tilfælde, hvor beboerens behov for støtte forventes at være uændret ved udskrivningen – og i tilfælde, hvor beboerens behov for støtte forventes at være større ved udskrivningen, men hvor udskrivning kan ske, selv om kommunale indsatser ikke er sat i værk. Der skal alene ske varsling og færdigmelding i de tilfælde, hvor der ikke kan ske udskrivning til botilbud, før nye/justerede kommunale indsatser er sat i værk.

Hvis der sker ændringer i medicineringen under indlæggelse, er det vigtigt, at det Fælles Medicin Kort – FMK er opdateret ved udskrivelsen, og at botilbuddet bliver informeret herom. Ligeledes skal beboeren informeres om dette, og botilbuddet skal så vidt muligt støtte beboeren i at følge behandlingsplan og medicinering.

Det psykiatriske center skal ved udskrivningen informere botilbuddet om, hvad der er sket under indlæggelsen. Det psykiatriske center skal desuden informere personalet om, hvad de skal være særligt opmærksomme på i forbindelse med medicin, og hvad der kan give anledning til, at bostedet skal kontakte Region Hovedstadens Psykiatri igen.

Beboere på botilbud er en særligt sårbar gruppe, hvorfor der kan være behov for at forberede udskrivningen til botilbuddet. Hvis der har været tale om en langvarig indlæggelse kan der være behov for at beboeren kan træne overgangen ved fx at komme på besøg eller på overnatning i botilbuddet. Det skal sikres, at dette kan ske, når borgeren ønsker dette.

Som udgangspunkt vil det være beboerens ønske om følgeskab, der er bestemmende for om vedkommende skal hentes eller ej.

Hvis borgeren er udsluset via en plan om at besøge botilbuddet, giver det ikke altid mening, at borgeren skal ledsages, idet det er en del af træningen/eksponeringen for beboeren til gavn for borgerens recovery. Derfor må følgeskab afhænge af situationen og de indgåede aftaler med beboeren.

Da perioden efter udskrivning kan være en sårbar periode for borgeren, er det vigtigt at der sker en ambulant opfølgning på behandlingsforløbet så hurtigt som muligt og senest inden 5 arbejdsdage efter udskrivning. De behandlingsansvarlige medarbejdere i Region Hovedstadens Psykiatri og medarbejderne på botilbuddet skal derfor være særligt opmærksom på beboeren i perioden efter udskrivning med henblik på at sikre en god overgang fra indlæggelse til udskrivning til botilbud.

Botilbuddet skal efter udskrivning støtte beboerne i at følge behandlingsplanen og kontakten til det ambulante behandlingstilbud, samt levere den relevante pleje. Det bør understreges, at botilbuddet kun kan være med, så længe borgeren ønsker at botilbuddet deltager.

Hvis en beboer fra et botilbud er indlagt kortvarigt, gælder samme retningslinjer, som er beskrevet under afsnittet om korte indlæggelser – se dette afsnit.

Alle beboere på botilbud, der behandles i Region Hovedstadens Psykiatri, skal minimum have én årlig medicinstatus af hensyn til deres sikkerhed. I forbindelse med den årlige medicinstatus samt medicinstatus ved indflytning, er Region Hovedstadens Psykiatri forpligtet til at indhente information om borgerens eventuelle somatiske medicin.

Borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug

Ansvar for alkohol- og stofmisbrugsbehandling er placeret i kommunalt regi – og behandling af psykisk sygdom hos den regionale behandlingspsykiatri.

Under et indlæggelsesforløb i den regionale psykiatri overtager det psykiatriske center det samlede behandlingsansvar – og behandler således både den psykiske sygdom og misbruget. Der skal under indlæggelsen være et tæt samarbejde mellem det psykiatriske center og den kommunale misbrugsbehandler.

Når borgeren bliver udskrevet eller behandles ambulant, skal der samarbejdes mellem den kommunale misbrugsbehandler, der har ansvaret for misbrugsbehandlingen og det psykiatriske center, der har ansvaret for den psykiatriske behandling.

Når en borger med psykisk sygdom og samtidigt misbrug bliver behandlet ambulant, og der er tvivl om, hvilken myndighed, der har hvilke opgaver i relation til borgeren, skal kommunens misbrugsbehandling og det psykiatriske center sikre, at der indgås aftale om, hvem der gør hvad, samt hvordan der skal samarbejdes.

Koordinerende indsatsplaner

Koordinerende indsatsplaner er en metode, der kan anvendes for at sikre en samtidighed i indsatserne og behandlingen i forhold til de borgere, der ønsker det. [Link til de koordinerende indsatsplaner](#)

Målgruppen for udarbejdelse af individuelle 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. Borgerne skal tillige have kontakt med den kommunale stof-/alkoholbehandling og/eller den regionale ambulante psykiatri. De 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

Kommunerne og de psykiatriske centre kan overveje at anvende de koordinerende indsatsplaner i forhold til de fælles borgere, der er i målgruppen for anvendelse af disse indsatsplaner.⁸ Det forventes, at det er en mindre målgruppe, der har behov for, at de koordinerende indsatsplaner bringes i anvendelse.

Hjemløse

Når en hjemløs borger med psykisk sygdom bliver indlagt i Region Hovedstadens Psykiatri, kontakter det psykiatriske center borgerens kommune.⁹

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 borgeren ikke selv er i stand til at finde en passende bolig, skal borgerens kommune bistå borgeren i forhold til at finde et relevant opholdssted, fx herberg. Samme principper gælder også for samarbejdet om hjemløse borgere, der bliver behandlet ambulant.

Kommunen er forpligtet til at skaffe familier eller enlige, der har mistet en bolig, midlertidig husly mod betaling. Forpligtelsen forudsætter, at det drejer sig om en person eller en familie, der akut har mistet sin hidtidige bolig og altså står helt uden mulighed for at få tag over hovedet. Den kommunale forpligtelse er betinget af, at den boligløse i den akutte situation ikke selv har mulighed (midler) for at skaffe sig indkvartering - midlertidig eller varig. 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.

⁸ Som inspiration er der et projekt i gang mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatris Kompetencecenter for dobbeltdiagnosticerede, der udvikler en generisk model for implementering af de koordinerende indsatsplaner. Modellen tilføjes denne aftale, når den er endeligt udviklet og afprøvet - forventet 2016.

⁹ Det er borgerens handlekommune, der skal kontaktes. I tilfælde, hvor borgerens handlekommune ikke er kendt, kontaktes opholdskommunen.

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 koordineringsmøde i forhold til borgeren. Ved mødet skal borgeren, borgerens kommune, Region Hovedstadens Psykiatri og andre relevante parter, fx Kriminalforsorgen deltage. Se afsnittet om netværksmøder.

Når borgeren med retslig foranstaltning skal udskrives, skal borgerens kommune vurdere, 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.

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

PSP-samarbejdet

Retsplejelovens §§ 114 og 115 beskriver rammerne for PSP-samarbejdet, der er et samarbejde mellem Politi – Socialforvaltning – Psykiatri. Samarbejdet har til hensigt at sikre, at borgere, der er i kontakt med alle tre myndigheder, får en koordineret indsats samt forebygge at borgerne falder mellem flere stole.

Retsplejeloven tillader en udveksling af oplysninger mellem de tre involverede myndigheder uden borgerens samtykke. Borgeren kan kun blive en PSP-sag, hvis alle tre myndigheder på en eller anden måde er involveret i forhold til borgeren. Der skal således være en mistanke om, eller risiko for kriminalitet, før politiet er involveret.

PSP-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 fornødne hjælp og/eller forebygge kriminalitet.

Drøftelserne kan fx føre til en indsats fra en eller flere af de tre myndigheder, og i tilfælde hvor borgeren ikke er kendt af de tre myndigheder, kan borgerens praktiserende læge anmodes om at vurdere behovet for en behandlingsindsats.

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. service-lovens § 153 [link](#).

Når en borger med psykisk sygdom får behov for behandling, hvad enten der er tale om ambulat behandling, behandling under indlæggelse, akut eller planlagt behandling, er der særligt behov for opmærksomhed i forhold til evt. børn i familien. Personalet 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 vurderes, at kommunen skal underrettes, har det psykiatriske center ansvaret for at 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 med psykisk syge forældre. 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/mors sygdom, målrettet barnets alder. Målet er også at skabe åbenhed og mulighed for dialog i familien.

Psykinfo, der er centralt beliggende i København, har oprettet børnegrupper for børn, af forældre, der er eller har været i behandling i Region Hovedstadens Psykiatri. Tilbuddet er gratis og målgruppen er børn mellem 9 og 16 år. Se mere på psykinfo@regionh.dk [link](#)

Det generelle grundlag for samarbejdet

Ansvarsfordeling

- Kommunerne har ansvaret for at vurdere og tilkende kommunale indsatser, som borgerne i målgruppen har behov for, og stille disse til rådighed.
- Region Hovedstadens Psykiatri har ansvaret for at udrede og behandle borgere med psykisk sygdom – både ambulante, ved opsøgende virksomhed og under indlæggelse.
- Praktiserende læger har ansvaret for at undersøge og behandle borgere med psykisk sygdom – eller henvise til udredning og behandling i Region Hovedstadens Psykiatri – eller hos privatpraktiserende speciallæger i psykiatri.¹⁰

Samarbejdet sker med respekt for de faglige rammer og vilkår, som kommunerne, Region Hovedstadens Psykiatri og praktiserende læger hver især er underlagt.

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, fx sikker mail postkasse – 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 sikre, at der er en tovholder, der har ansvaret for at koordinere internt i kommunen.

Tilsvarende skal de psykiatriske centre etablere en systembåret, organisatorisk indgang, fx sikker mail postkasse – 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

Der skal udarbejdes en kommunikationsaftale for det psykiatriske område i 2016. [Link indsættes, når kommunikationsaftalen er udarbejdet og godkendt.](#)

Indtil kommunikationsaftalen på det psykiatriske område er godkendt, skal parterne så vidt muligt kommunikere via tunnelkryptering og/eller de tilgængelige MedCom standarder, fx MedCom standard for elektronisk henvisning fra praktiserende læger til Region Hovedstadens Psykiatri.

¹⁰ Privatpraktiserende speciallæger i psykiatri er ikke omfattet af denne aftale.

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.

Aftalens løbetid

Aftalen træder i kraft den dd.mm.åååå 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 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, skal de respektive ledelser indgå i en konstruktiv dialog og aftale en løsning. Tvister håndteres i de formelle ledelsessystemer.

Ordforklaring

- **Elektiv behandling** – planlagt behandling, der ikke er akut
- **CVI** – Psykiatriens Centrale Visitation, 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
- **PSP** – samarbejde mellem Politi, Socialforvaltning og Psykiatri
- **Bopælskommune** - den kommune som borgerens har folkeregisteradresse i og som borgeren sædvanligvis opholder sig i.
- **Opholdskommune** - 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.