



Dato 03-08-2021

Gry Brun Jensen

Tel. 61 62 86 32

gry.brun.jensen@stab.rm.dk

1-31-72-43-21

Side 1

Anbefalinger fra Fase 1:**Arbejdsgruppe vedrørende faglig udvikling af den fælles indsats for mennesker med psykisk sygdom i primærsektoren****1. Indledning**

Hovedparten af mennesker med psykisk sårbarhed eller psykisk sygdom udredes og behandles i primærsektoren, hovedsageligt i almen praksis. Det er borgere, der er tilstrækkeligt hjulpet af tilbud og indsatser fra almen praksis, speciallægepraksis, civilsamfundet eller kommunale tilbud.

Der er imidlertid en gruppe af mennesker med psykisk sygdom, der ikke hjælpes tilstrækkeligt i primærsektoren, men som heller ikke er i målgruppen for sekundærsektoren (hospitalspsykiatrien). I forhold til denne gruppe savner bl.a. almen praksis handlemuligheder i forhold til udredning og behandling af patienterne.

På den baggrund blev der i foråret 2021 nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe med henblik på at sikre faglig udvikling af indsatsen for mennesker med psykisk sygdom i primærsektoren. Fokus er ikke på at rykke på sektoransvar, udvide kapaciteten i de enkelte tilbud eller at få flere borgere henvist til Psykiatrien, hvis de ikke hører til dér. Fokus er på, hvordan de forskellige aktører kan understøtte hinanden, så patienterne tilbydes den rette indsats.

Arbejdsgruppens kommissorium er vedlagt som bilag 1.

Arbejdsgruppens arbejde er inddelt i to faser: I Fase 1 var der fokus på almen praksis og de regionale aktører, herunder hvordan Psykiatrien i regionen kan understøtte almen praksis i forhold til udredning og behandling af mennesker med psykisk sårbarhed eller psykisk sygdom samt håndtering i almen praksis.

I Fase 2 udvides fokus til også at omfatte kommunerne, så arbejdsgruppen kan se på den faglige udvikling af den samlede indsats i primærsektoren.

Arbejdsgruppen har i Fase 1 afholdt fire virtuelle møder i perioden 25. marts-23. juni.

Arbejdsgruppen anbefaler følgende tiltag med henblik på, at aktørerne kan understøtte hinanden til gavn for borgerne:

- Forenkling af og overblik over regionale tilbud med henblik på at forenkle almen praksis' adgang
- Fælles integreret indsats for patienter i primærsektorens målgruppe, f.eks. via patientforløbsbeskrivelser, rundbordssamtaler, mulighed for at indkalde til et tværprofessionelt møde etc.
- Styrket samarbejde mellem psykiatriens udgående ambulante teams og almen praksis – også om patienter uden for hospitalspsykiatriens målgruppe.
- Tættere samarbejde mellem almen praksis og privatpraktiserende psykiatere

Anbefalingerne fremlægges for Sundhedsstyregruppen, Praksisplanudvalget, Sundhedskoordinationsudvalget og DASSOS i august/september 2021. Statussen på Fase 1 danner endvidere udgangspunkt for udarbejdelsen af et kommissorium for Fase 2 af arbejdsgruppens arbejde, hvor kommunerne i højere grad inddrages.

I det følgende gøres status på Fase 1. Først redegøres for de udfordringer, arbejdsgruppen har identificeret (afsnit 2). Derefter uddybes arbejdsgruppens anbefalinger (afsnit 3). Derpå følger en case om et patientforløb set fra almen praksis (afsnit 4). I det følgende afsnit redegøres for de erfaringer med eksisterende og tidligere indsatser, arbejdsgruppen har drøftet (afsnit 5). Afslutningsvist redegøres kort for temaer med forbindelse til kommunerne, der er dukket op under arbejdsgruppens drøftelser, men som er blevet parkeret med henblik på drøftelse i Fase 2 (afsnit 6).

2. Beskrivelse af udfordringerne for den fælles indsats for mennesker med psykisk sygdom i primærsektoren

Arbejdsgruppen har identificeret en række udfordringer, der beskrives i det følgende. Udfordringerne relaterer sig til kapaciteten, at patienter falder ud af systemet samt manglende overblik over tilbud.

2.1 Kapacitetsudfordringer

Der er generelt kapacitetsudfordringer inden for psykiatrien. Der er for få psykiatere i hospitalspsykiatrien og i praksissektoren, ligesom der er ved at være mangel på psykiatrisygeplejersker. Tilsvarende bliver almen praksis presset på kapaciteten, fordi patienterne kræver mange ressourcer i form af kontakter, kontakt til andre aktører, løbende opfølgning osv. Kapacitetsudfordringerne kommer til udtryk i lang ventetid, hvor patienten risikerer at blive mere syg. For den enkelte behandler er det endvidere en stor professionel belastning, når patienterne – trods indsatsen – ikke får den hjælp og støtte, der er behov for, og derfor bliver mere syge.

2.2 Patienter falder ud af systemet

Arbejdsgruppen oplever, at der er en udfordring med patienter i den diagnostiske proces, hvor de endnu ikke er i et forløb hos en privatpraktiserende psykiater, i hospitalspsykiatrien eller i et kommunalt tilbud. I denne fase lægges et stort ansvar for eget forløb over på patienterne, som de som følge af den psykiske sygdom ikke kan løfte. Børn har som regel en forælder, der

kan støtte op, men for voksne med psykisk sygdom kan det være en stor udfordring. Derfor er der en stor risiko for, at de falder ud af systemet.

Konkret ses det, når patienter henvises til en privatpraktiserende psykiater, men ikke magter at tage initiativ til at booke en tid, eller giver op på grund af lang ventetid. Det ses også i hospitalspsykiatrien, hvor patienterne afsluttes efter et antal udeblivelser, selvom det typisk er disse patienter, der har mest behov for indsatsen.

2.3 Manglende overblik

Det er generelt vanskeligt at holde overblik over relevante tilbud til målgruppen. Dette er en kendt problemstilling, som har været drøftet i mange år. Det er særligt en udfordring i forhold til de kommunale tilbud på grund af kommunernes antal, men kan også være en udfordring i forhold til regionale tilbud. Dette forstærkes af, at området i høj grad er/har været præget af satspuljep projekter og andre korterevarende indsatser.

Almen praksis oplever endvidere, at der stilles større krav til udredningen af patienter med symptomer på psykisk sygdom end til udredningen af patienter med somatisk sygdom, før patienterne kan henvises til hospitalspsykiatrien. Der er endvidere en mindre grad af standardisering af udredningsforløbet uden for hospitalspsykiatrien – modsat i somatikken, hvor almen praksis ofte kan gå frem efter en fast struktur i forhold til prøver, billeddiagnostik osv. Variationen og kompleksiteten af patienternes psykiatriske problemstillinger og symptomer gør det vanskeligt at have kendskab til detaljerne i udredningen, men gør det også vanskeligt at udarbejde anvendelige forløbsbeskrivelser. Dertil kommer, at symptombilledet kan ændre sig undervejs. Psykiatrien i Region Midtjylland arbejder i øjeblikket på en dynamisk henvisning, det vil sige en standardiseret beskrivelse af, hvilke undersøgelser, blodprøveanalyser mm. der skal være gennemført forud for en henvisning.

3. Uddybning af arbejdsgruppens anbefalinger

I det følgende uddybes arbejdsgruppens anbefalinger med henblik på, at aktørerne kan understøtte hinanden til gavn for borgerne.

3.1 Forenkling af og overblik over regionale tilbud med henblik på at forenkle almen praksis' adgang

Almen praksis er udfordret af, at det er vanskeligt at holde overblik over de regionale tilbud og de landsdækkende virtuelle tilbud, ligesom det er vanskeligt at holde overblik over, hvilke tilbud der er gratis for specifikke aldersgrupper, og hvilke der er omfattet af egenbetaling. Arbejdsgruppen har udarbejdet en kortlægning af de eksisterende tilbud (bilag 2), men dette er udtryk for et øjebliksbillede.

Der kunne eksempelvis etableres en funktion i regi af Psykiatriens Centrale Visitation, der har overblik over de regionale og landsdækkende tilbud, som almen praksis kan kontakte med henblik på information, rådgivning og sparring om tilbud til specifikke patienter.

3.2 Fælles integreret indsats for patienter i primærsektorens målgruppe

Arbejdsgruppen har et ønske om, at de mange projekter og korterevarende indsatser på sigt erstattes af vedvarende og sammenhængende tilbud til patienter, der alene hører hjemme i primærsektoren.

En vej kunne være at udarbejde patientforløbsbeskrivelser for de mest typiske patientforløb – hvad skal gøres, hvem skal gøre det, hvornår skal det gøres, hvor skal det gøres og hvordan sikrer vi, at det bliver gjort? På nogle områder i somatikken har man gode erfaringer med på denne måde at indgå aftaler om opgaver og ansvar, som bygger på fælles standarder og viden om, hvad almen praksis kan og skal klare, hvornår almen praksis skal bede om hjælp og hvornår borgerne skal videre til eksempelvis hospitalspsykiatrien.

En anden vej kunne være at styrke rammerne for samarbejdet om konkrete patientforløb. Det kunne være via mulighed for at indkalde relevante parter til en rundbordssamtale/et tværprofessionelt møde, hvor man drøfter en konkret patient. Relevante parter kunne være almen praksis, psykiatrien og kommunale repræsentanter samt patient og pårørende. Hensigten er at få et bredt perspektiv snarere end et specialiseret blik på patienten. Psykiatriens repræsentant kan f.eks. være en dygtig specialpsykolog snarere end en specialiseret psykiater. Mødet kan være virtuelt eller fysisk. Forud for mødet udarbejder almen praksis en beskrivelse af patienten, så alle parter er forberedt på drøftelsen. Ved at være i samme rum kan alle parter bidrage til at finde en løsning. Denne model er relativt ressourcekrævende, men vurderingen er, at den tidlige fælles drøftelse kan give et bedre og mere sammenhængende patientforløb, hvor patienten får det rette tilbud tidligt i stedet for at blive kastebold mellem forskellige instanser med risiko for forværring. På sigt er det en god investering af rykke noget på ét møde frem for at bruge tiden på mange forskellige kontakter. Målgruppen er patienter, der endnu ikke er kommet ind i hospitalspsykiatrien.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn nåede i juni 2021 til enighed om en ny overenskomstaftale. Aftalen omfatter en særlig ydelse til videokonferencer om konkrete patientforløb, hvilket kan understøtte de foreslåede rundbordssamtaler/tværprofessionelle møder. Overenskomstaftalen gælder fra 1. januar 2022, hvis aftalen bliver godkendt af PLO's repræsentantskab og medlemmer.

I forhold til involveringen af kommunerne har arbejdsgruppen respekt for, at denne først drøftes i Fase 2. Arbejdsgruppen vurderer dog, at det er afgørende, at der sikres en tættere kobling mellem parterne, og foreslår derfor, at implementeringen af rundbordssamtalerne mellem almen praksis, psykiatrien samt patient og pårørende påbegyndes sideløbende med Fase 2. Rundbordssamtalerne vil være åbne for de kommuner, som ønsker at være med i den indledende afprøvning.

Det er endvidere væsentligt, at der i implementeringen tages højde for, at der forskel på, hvem der er relevante parter på henholdsvis børne- og ungeområdet og på voksenområdet.

3.3 Styrket samarbejde mellem psykiatriens udgående ambulante teams og almen praksis

Der er i alle psykiatriens optageområder etableret udgående ambulante teams, der tilbyder behandling i hjemmet. Disse teams er tilgængelige dag, aften og weekender. Der tilbydes hjemmebehandling og hjemmebesøg op til flere gange dagligt.

Målgruppen for de udgående ambulante teams er på nuværende tidspunkt voksne patienter med behov for behandling i behandlingspsykiatrien uanset diagnose, hvor det vurderes, at patienten kan være i eget hjem med tæt ambulante kontakt.

Arbejdsgruppen foreslår, at der i de udgående ambulante teams etableres et mere fleksibelt samarbejde med almen praksis, så teamet f.eks. kan rådgive eller gennemføre vurderingssamtaler med enkelte patienter i eget hjem, selvom patienterne ikke er visiteret ind i psykiatrien. Dette er under forudsætning af, at behandlingsansvaret forbliver i almen praksis. De psykiatriske sygeplejersker i teamet kan lave en vurdering i hjemmet og efterfølgende drøfte observationerne med almen praksis. og dermed understøtte indsatsen i almen praksis. Det skal sikres, at der er smidige arbejdsgange mellem sektorerne.

Arbejdsgruppen vurderer ikke, at dette vil medføre flere patienter i almen praksis, men det er en mulighed for at understøtte de patienter, der er en udfordring for almen praksis, bedre. Det vil således kræve en anden opgavehåndtering fra både almen praksis og psykiatriens udgående teams.

Det er dog vigtigt, at der fortsat kan tages hånd om de øvrige patienter, der er tilknyttet de udgående ambulante teams, så afhængigt af det træk, dette vil medføre, kan der være behov for ekstra ressourcer til de udgående ambulante teams. Arbejdsgruppen er endvidere opmærksom på, at der kan blive behov for at finde en særlig model i Aarhus Kommune, hvor der er mange praktiserende læger og kun ét udgående ambulante team.

3.4 Tættere samarbejde mellem almen praksis og privatpraktiserende psykiatere

Der er i foråret 2021 etableret et tilbud om hurtig udredning, hvor almen praksis kan henvise patienter til en hurtig udredning hos en privatpraktiserende psykiater. Der er reserveret et antal tider til dette, som kun kan bookes 14 dage frem i tiden. Den privatpraktiserende psykiater stiller om muligt en diagnose og giver gode råd og forslag til en behandlingsplan, så patienten kan blive i almen praksis eller få et bedre forløb, indtil der er tid hos en privatpraktiserende psykiater til et egentligt behandlingsforløb. Målgruppen er patienter, der ikke før har haft en psykiatrisk lidelse, og hvor der er mistanke om en nyligt tilkommet affektiv lidelse eller angsttilstand, samt patienter med kendt psykiatrisk lidelse, hvor der er opstået ændringer inden for de seneste seks måneder.

Når tilbuddet har været i drift i en periode vil det blive evalueret med henblik på evt. justeringer.

Arbejdsgruppen har blandt andet drøftet, at samarbejdet kan udbygges yderligere ved f.eks. at give mulighed for, at der efter en måned afholdes et videomøde mellem almen praksis og den privatpraktiserende psykiater med henblik på afklaring af tvivlsspørgsmål.

Arbejdsgruppen har også drøftet patienter, der henvises til en privatpraktiserende psykiater, men som ikke tager kontakt med henblik på at booke en tid eller udebliver fra behandlingen. Arbejdsgruppen har drøftet, om en videokonsultation mellem patient, almen praksis og en privatpraktiserende psykiater i nogle tilfælde kunne være tilstrækkeligt i forhold til en bedre uddybning af anamnesen. Dette giver mulighed for, at patienten kan deltage fra sit eget hjem eller fra den praktiserende læges konsultation, som kan være et mere trygt rum for patienten.

Generelt ser arbejdsgruppen gode muligheder for at styrke samarbejdet mellem almen praksis og de privatpraktiserende psykiatere via videokonferencer, rundbordssamtaler mm.

4. Case om et patientforløb set fra almen praksis

Arbejdsgruppen har drøftet en række cases med henblik på at identificere udfordringer og løsningsmuligheder. På de følgende sider gives et eksempel på en case set fra almen praksis.

Casen illustrerer blandt andet, at patienterne kan have rigtig mange kontakter til almen praksis, og at almen praksis spiller en stor rolle i forhold til at koordinere indsatsen og fastholde samarbejdet med forskellige aktører. Casen tydeliggør jf. afsnit 3.1 at der er et stort pres på kapaciteten i almen praksis, men også den afmagt, den praktiserende læge kan opleve, når det igennem flere år ikke lykkes at hjælpe patienten tilstrækkeligt.

Samtidig illustrerer casen, at systemerne udfordres, når patienterne trods støtte udebliver fra aftaler. Jf. afsnit 3.2 er der en risiko for, at de patienter, der har mest brug for hjælpen, afsluttes, fordi de ikke formår at forblive i behandlingsforløbet.

Arbejdsgruppen vurderer, at de foreslåede indsatser kan give almen praksis flere handlemuligheder, sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne på tværs og understøtte, at patienterne hurtigere får det rette tilbud.

Case: Patientforløb set fra almen praksis

Peter henvender sig til egen læge i januar 2018. Han er 19 år og i lære som bygningskonstruktør, men lider af søvnbesvær, som gør det svært at komme op om morgenen. Derudover lider han af svær nålefobi og mangler derfor nogle vacciner, ligesom han ikke kan få ordnet en dårlig tand.

I maj 2021 er Peter på trods af gentagne kontakter til egen læge (AP), flere henvisninger til Psykiatriens Centrale Visitation (PCV), vurderingssamtaler hos privatpraktiserende psykiatere og kommunal støtte droppet ud af uddannelse og job. Han udebliver gentagne gange fra aftaler. Han bliver pr. 1. juni tilknyttet en psykiater og er skrevet op til psykologsamtaler, men der er bekymring for, at han bliver afsluttet igen, bl.a. fordi han aktuelt ikke tager sin medicin.

Januar 2018: Kontakt til AP. Henvisning til PCV med henblik på behandling af svær nålefobi.

1/2 2018: Opfølgning på afklarende samtale ved privatpraktiserende psykiater. Foreslår behandling for nålefobi via hypnose eller psykologbehandling samt behandling med antidepressiv medicin evt. suppleret med psykologsamtaler mod søvnproblemer og bekymringsangst. Afsluttes til opfølgning ved AP. Hjælper indsatsen ikke, anbefales udredning i hospitalspsykiatrien.

7/3 2018: Kontakt til AP pga. somatisk skade. Har ikke selv haft overskud til at kontakte AP. Det vurderes ikke realistisk, at Peter skal gå til selvbetalt hypnotisør eller psykolog. Er ikke af psykiater informeret om virkninger og bivirkninger og opstartes derfor ikke i medicinsk behandling. Henvises til privatpraktiserende psykiater.

Patienten kontakter ikke en privatpraktiserende psykiater.

7/12 2018: Kontakt til AP efter to ugers sygemelding. Har i længere tid følt sig trist og træt. Får udleveret spørgeskema med henblik på identificering af depression og tid til samtale om dette.

10/12 2018: Kontakt til AP. Har ikke udfyldt spørgeskemaet og kan ikke få taget blodprøver pga. nåleangst. AP vurderer, at det er udsigtsløst at henvise til privatpraktiserende psykiater eller psykolog og henviser derfor til PCV.

3/1 2019: Almen praksis modtager epikrise efter udredningskonference. Det vurderes fortsat, at patienten ikke er i hospitalspsykiatriens målgruppe. Anbefaler antidepressiv medicin samt henvisning til privatpraktiserende psykolog pga. nåleangst og behov for bearbejdning af opvækst. Foreslås finansieret af arbejdsgivers sundhedsforsikring, alternativt evt. offentligt tilskud grundet alder.

21/1 2019: Kontakt til almen praksis. Peter henvises til psykolog og opstartes i medicinsk behandling.

4/2 2019: Opfølgende samtale i AP efter 2 uger. Har sygemeldt sig, fordi det ikke lykkes at komme op til tiden. Peter tilkendegiver, at han nu vil få bestilt tid ved psykologen.

25/2 2019: Opfølgende samtale i AP efter yderligere 3 uger. Peter har haft 1. konsultation ved psykologen.

12/3 2019: Kontakt til AP med henblik på udarbejdelse af LÆ 285 (lægeattest til sygedagpengeopfølgning). Afventer effekt af psykologbehandlingen, før der evt. henvises til yderligere udredning. Da det største problem i forhold til arbejdet er mødetiden, foreslås det, at Peter møder ind kl. 10 i en periode på maks. tre måneder, hvorefter behovet for fortsat skånehensyn vurderes. Foreslår også en social støtteperson til at motivere og følge op, så Peter overholder sine aftaler.

11/4 2019: Udebliver fra konsultation i AP.

1/5 2019: Psykologen kontakter AP. Patienten er uændret depressiv, og der opleves ikke bedring i behandlingsforløbet. Psykologen vurderer, at patienten bør henvises til hospitalspsykiatrien for nærmere udredning og behandling.

7/6 2019: Psykolog kontakter igen AP, da der fortsat ikke er tegn på bedring. Peter har over ca. 3 måneder haft seks samtaler med psykologen. Derudover har der været to udeblivelser, hvor Peter har sovet over sig.

28/6 2019: AP henviser Peter til PCV igen med kopi af beskrivelse fra psykologen. Peter er nu faldet ud af sit uddannelsesforløb. AP anbefaler tilknytning til hospitalspsykiatrien.

8/7 2019: Peter udebliver fra afklarende samtale ved privatpraktiserende psykiater.

12/7 2019: Jobcenteret vurderer, at Peter har intentioner om at få bestilt tid til udarbejdelse af helbredsattest, men ikke formår at gøre det. I stedet anmodes AP om en status.

22/7 2019: Kontakt til almen praksis. AP sender igen en henvisning til PCV, hvor AP understreger, at man er svært bekymret for Peter, og at han bør indkaldes til hospitalspsykiatrien, gerne i samarbejde med kommunen for at sikre fremmøde. Manglende fremmøde skyldes den psykiske sygdom – ikke manglende vilje.
AP vurderer i sin status til jobcenteret, at Peter kan genoptage sin uddannelse i løbet af seks måneder, hvis han får den nødvendige behandling.

29/7 2019: Peter udebliver fra aftale med AP vedr. lægeerklæring i forbindelse med sygedagpengeforløbet.

20/8 2019: Epikrise til AP efter henvisning til PCV. Peter er sygemeldt og i et ressourceforløb. Har tilknyttet en mentor, som heller ikke kan få ham op om morgenen. På udredningskonferencen vurderes det, at Peter fortsat ikke opfylder kriterierne for behandling i hospitalspsykiatrien. Anbefaler, at Peter genhenvises til privatpraktiserende psykolog og at kommunen intensiverer støtten med henblik på at opretholde struktur på hverdagen.

10/10-11/10 2019: AP kontakter forgæves Peter med henblik på opfølgende konsultation.

21/10 2019: Møde i det kommunale rehabiliteringsteam. Peter henvises til en erhvervsrettet psykologisk undersøgelse. Henvises endvidere igen til en mentor, der kan hjælpe ham op om morgenen, hjælpe med etablering af rutine samt opstart af praktikforløb. Peter orienteres endvidere om muligheden for internetbaseret psykologbehandling.

14/11 2019: Kontakt til AP sammen med repræsentant fra jobcenteret. Peters forløb gennemgås. AP vurderer, at Peter ikke har fået den nødvendige støtte fra kommunen. Foreslår, at kommunen indkalder til rundbordssamtale snarest.

7/1 2020: Rundbordssamtale mellem egen læge, patient og sagsbehandler. De kommunale psykologer kan kun udrede og give borgerne redskaber med videre. De kan ikke behandle. Kommunen har fået en psykiatrisk vurdering fra en psykiater, som eftersendes til AP.

9/1 2020: AP henviser igen Peter til PCV. Kommunens psykiatriske vurdering rejser mistanke om depression, angst og ADD/ADHD. Psykiateren vurderer, at Peter er i hospitalspsykiatriens målgruppe pga. mistanke om flere samtidige psykiske lidelser og den utilstrækkelige effekt af den tidligere behandling.

5/1 2021: Peter afsluttes fra hospitalspsykiatrien på grund af adskillige tilfælde af manglende fremmøde.

Forløb i perioden februar 2020-januar 2021: Peter opstartes i behandling for ADHD i februar 2020. Har god effekt af medicinsk behandling. COVID-19 situationen gør, at han følges telefonisk, hvor han giver udtryk for, at det går godt. Efter sommerferien giver Peter udtryk for, at han har følt sig presset til medicinsk behandling. Det aftales, at han kan tage medicinen, når han føler behov for det. Peter møder ikke op til opfølgningssamtaler og har ikke hentet den medicin, han har recept på.

24/2 2021: Peters mentor kontakter AP. Peter er tiltagende psykisk presset og svær at motivere til aftaler og lignende.

3/3 2021: Peter og bostøtten har en samtale med AP. Peter er tiltagende trist, angst og har vanskeligt ved at gennemføre planlagte opgaver. Praktikforløb er pauseret på grund af udeblivelser.

Peter forklarer, at årsagerne til udeblivelser fra hospitalspsykiatrien er angst og frygt for at møde op. Han frygter ligeledes medicinens bivirkninger. Har et stort ønske om at få genoptaget forløbet i hospitalspsykiatrien.

AP vurderer, at Peter burde have fået intensiveret hjælp og støtte i stedet for at blive afsluttet. AP genhenviser patienten til hospitalspsykiatrien.

27/4 2021: Peter udebliver for 4. gang fra den indledende samtale i Team for ADHD. Han afsluttes derfor tilbage til egen læge.

28/4 2021: AP kontakter bostøtten, som forklarer, at han virkelig har forsøgt at få Peter med til aftalerne i hospitalspsykiatrien, men at det ikke er lykkedes. AP opfordrer kommunen til at planlægge en rundbordssamtale.

20/5: Bostøtten kontakter AP og fortæller, at patienten bliver tilknyttet psykiater gennem kommunen pr. 1/6 og er skrevet op til psykologsamtaler. Bostøtten er dog bekymret for, at Peter bliver afsluttet igen. Aktuelt tager han ikke sin medicin.

5. Eksisterende indsatser og tidligere erfaringer

Både hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien har været/er kendetegnet af mange projekter, som har givet vigtige erfaringer, men som ofte også afsluttes ved projektets udløb, når de bevilgede midler udløber. Arbejdsgruppen har drøftet en række af disse projekter med henblik på, at man kan stå på disse erfaringer i det videre arbejde.

Arbejdsgruppen har derudover kortlagt de eksisterende indsatser (bilag 2).

5.1 Arbejdet med henvisningsveje i Silkeborg Kommune

Almen praksis, Silkeborg Kommune og Region Midtjylland har i samarbejde udarbejdet en pjece til forældre, hvis barn ikke trives hjemme, i daginstitutionen eller skolen. Pjecen giver et overblik over handlemulighederne ved mistrivsel afhængigt af, hvor denne kommer til udtryk. Pjecen anvendes endvidere til forventningsafstemning mellem alle parter, herunder forældre, kommune, alment praktiserende læge og regionen. Formålet er også at undgå, at borgeren bruges som sendebud mellem de forskellige offentlige instanser.

5.2 Fremskudt børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling samarbejder med 13 kommuner om fremskudt børne- og ungdomspsykiatri. Eksempelvis er der i Herning Kommune og Viborg Kommune etableret en funktionspostkasse, som almen praksis kan henvise patienterne til. Henvisningerne modtages af et team bestående af repræsentanter for PPR, sundhedsplejen og børne- og familieområdet. Dermed kan det hurtigt afklares, om barnet allerede er i et forløb, og hvilke indsatser der evt. er behov for at sætte i værk.

Det er besluttet at fortsætte projektet, selvom erfaringerne er blandede. Herning Kommune er således i tvivl om, hvor meget tilbuddet gavner i forhold til de ressourcer, der lægges i det, fordi mange børn var kendt i forvejen. Almen praksis ser det derimod som et godt tilbud, fordi det giver en tydelig indgang til kommunen.

5.3 Psykiatriske sygeplejersker i almen praksis

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige erfaringer fra projekter, hvor psykiatriske sygeplejersker indgår i almen praksis.

"Collaborative care"

I projektet var en psykiatrisk sygeplejerske tilknyttet flere praksisser. Projektet er afsluttet.

Erfaringerne med projektet er gode. Mange patienter har fået kvalificeret hjælp tidligere og mange kunne fastholdes i arbejde eller uddannelse. Både læger og sygeplejersker fandt projektet meningsfuldt.

Hvis flere praksisser skal dele en sygeplejerske, skal der være ingen eller få skift i løbet af dagen, så tiden bruges effektivt.

Den store udfordring er, at det er en relativt ressourcekrævende ordning, da en erfaren psykiatrisk sygeplejerske kun har 10 alment praktiserende læger tilknyttet. Erfarne psykiatriske sygeplejersker er allerede nu en mangelvare, så der er en risiko for, at kompetencerne flyttes fra de allermest syge til de mindre syge. Det vurderes, at der skal bruges ca. 82 erfarne sygeplejersker, hvis tilbuddet skal udvides til hele regionen.

Behandlingen i Collaborative Care er umiddelbart dyrere end behandlingen i Psykiatrien. Næste år kommer en evaluering af langtidseffekten, herunder en samfundsøkonomisk analyse af langtidseffekten.

En model med en rådgivningsfunktion, en screeningsfunktion eller en koordinator, f.eks. en sygeplejerske i Psykiatrien, kunne være et alternativ.

Shared care-teamet i Silkeborg

Sygeplejersken leverer kun 12-15 ydelser om måneden, så tilbuddet bruges ikke ret meget af de praktiserende læger. De praktiserende læger anvender i højere grad den direkte kontakt til hjemmebehandlerteamet.

5.4 Specialisttelefonen

Der er i Region Midtjylland etableret en telefonisk specialistrådgivning, hvor almen praksis har mulighed for at få faglig rådgivning og sparring af en speciallæge. Dette gælder også i forhold til Psykiatrien, hvor der er mulighed for at kontakte de enkelte almenpsykiatriske afdelinger og børne- og ungdomspsykiatrien.

Specialisttelefonen er anvendelig i situationer, hvor spørgsmålet er klart defineret, f.eks. ved spørgsmål om justering af ADHD-medicin. Ved mere komplekse spørgsmål er det ressourcekrævende for almen praksis at forberede opringningen i forhold til at få beskrevet udfordringer osv. og få udfoldet kompleksiteten i et kort telefonopkald.

Arbejdsgruppen vurderer, at specialisttelefonen er et godt tiltag, men at den også har sine begrænsninger.

6. Parkeret til Fase 2

Arbejdsgruppen foreslår, at der forud for – eller som en del af – Fase 2 udarbejdes en kortlægning over eksisterende indsatser. Der kan være indsatser i samarbejdet mellem kommuner og hospitalspsykiatri, som almen praksis også kan tænkes ind i.

Arbejdsgruppen drøftede følgende emner, der relaterer sig til de kommunale indsatser, og som derfor eventuelt kan tages op i Fase 2:

- PPR

- Psykiatriens Centrale Visitation oplever, at mange henvisninger tilbagevises, fordi barnet eksempelvis ikke er blevet kognitivt vurderet af PPR.
- Almen praksis oplever, at de kommunale Familiehuse henviser til almen praksis, som må bede forældrene om selv at kontakte PPR, da almen praksis ikke kan henvise direkte til PPR. Her kan arbejdet med henvisningsveje i Silkeborg Kommune være en mulig inspirationskilde.
- I Silkeborg Kommune har PPR-tilbuddet ændret navn til PPL (Pædagogisk Praksis og Læring). Arbejdsgruppen er nysgerrig på, om inklusionsdagsordenen mm. har betydet, at fokus er skiftet fra udredning af det enkelte barn til fokus på omgivelser og fællesskaber. I forlængelse heraf om alle kommuner har et egentligt udredningstilbud?
- Der er usikkerhed om, hvilke kommunale tilbud der er for unge, der er gået ud af folkeskolen, og som endnu ikke er fyldt 18 år. De unge er således ikke i målgruppen for PPR, men heller ikke for tilbud målrettet voksne.
- En diagnose bør ikke være nødvendig for at få hjælp og støtte. Hjælp i forhold til uddannelse/arbejde, bolig osv. bør iværksættes sideløbende med udredning og behandling, da fokus på borgerens hele liv understøtter behandlingsindsatsen.

I forlængelse af anbefalingen om forenkling ønsker arbejdsgruppen at drøfte en tilsvarende forenkling og et overblik over de eksisterende kommunale tilbud med kommunerne i Fase 2.

Der er i arbejdsgruppen grundlæggende to perspektiver på løsningsmodellen: Ét samlet (digitalt) overblik eller én indgang.

Ét samlet (digitalt) overblik

Muligheden for ét samlet overblik over tilbud drøftes løbende i forskellige sammenhænge, men er endnu ikke realiseret. Aarhus Kommune har tidligere trykt et hæfte med en oversigt over kommunens socialpsykiatriske tilbud. Det var et godt redskab for både personale, borgere og pårørende til at få overblik og kendskab til tilbuddene. En tilsvarende digital oversigt kunne eksempelvis opdateres hvert halve år.

Én indgang

Med denne model går man væk fra, at alle skal have overblik over alle tilbud. I stedet er der f.eks. i hver kommune én indgang, som kunne være en funktionspostkasse. Derefter er det kommunen, der tager dialogen med borgeren, og sammen med borgeren aftaler, hvad der skal sættes i værk. I Aarhus Kommune er der eksempelvis en borgervejleder på henholdsvis socialområdet og beskæftigelsesområdet, som kan vejlede om, hvor borgeren kan henvende sig. På forebyggelsesområdet går man ligeledes væk fra de store fælles overblik og over til, at borgeren henvises til kommunen, som så finder de rette forebyggelsestilbud.

En anden mulighed kunne være et fælles kontor – fysisk eller virtuelt - med en kommunal og en regional repræsentant, så der er let adgang til at drøfte, hvilket tilbud der kunne gavne borgeren. [Den regionale del kunne eksempelvis forankres i Psykiatriens Centrale Visitation, som i forvejen modtager henvisningerne.](#) Gerne med mulighed for at sende borgeren videre til det rette tilbud med borgerens samtykke.

Der kan hentes inspiration på akutområdet, hvor der arbejdes med fælles sundhedsvisitation, så praktiserende læger kun skal henvende sig ét sted.

Bilag 1:

Kommissorium for faglig udvikling af den fælles indsats for mennesker med psykisk sygdom i primærsektoren

Baggrund

Hovedparten af mennesker med psykisk sårbarhed eller psykisk sygdom udredes og behandles i primærsektoren, hovedsageligt i almen praksis. Det er borgere, der er tilstrækkeligt hjulpet af tilbud og indsatser fra almen praksis, speciallægepraksis, civilsamfundet eller kommunale tilbud fra f.eks. PPR, aktivitets- og samværstilbud osv.

Der er imidlertid en gruppe af mennesker med psykisk sygdom, der ikke hjælpes tilstrækkeligt i primærsektoren, men som heller ikke er i målgruppen for sekundærsektoren (hospitalspsykiatrien). I forhold til denne gruppe savner bl.a. almen praksis handlemuligheder.

I Region Midtjylland blev der i juni 2020 gennemført en audit på de 111 henvisninger til hospitalspsykiatrien, der blev afvist i uge 4 2020. Konklusionen var, at de henvisninger, der blev gennemgået, var afvist korrekt. Men det ændrer ikke på, at en stor del af disse 111 borgere havde behov for en anden indsats, end den almen praksis umiddelbart kunne tilbyde. Samtidig kan der være lang ventetid til eksempelvis privatpraktiserende psykologer, privatpraktiserende psykiatere og indsatser som PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), hvilket skaber en bekymring for, at borgerens tilstand kan udvikle sig, før den rette hjælp tilbydes.

På den baggrund nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe med henblik på at sikre faglig udvikling af indsatsen for mennesker med psykisk sygdom i primærsektoren. Fokus er ikke på at rykke på sektoransvar, udvide kapaciteten i de enkelte tilbud eller at få flere borgere henvist til Psykiatrien, hvis de ikke hører til dér. Fokus er på, hvordan de forskellige aktører kan understøtte hinanden og arbejde bedre sammen til gavn for borgerne.

Arbejdsgruppens opgave

Med nedsættelsen af arbejdsgruppen etableres et fagligt udviklingsrum, hvor der kan ske en faglig udforskning af samarbejdet om de borgere, der bør hjælpes i primærsektoren. Arbejdsgruppens opgave er på et fagligt grundlag at komme med anbefalinger til, hvordan de aktører, der arbejder med mennesker med psykisk sårbarhed og psykisk sygdom, kan understøtte hinanden med henblik på at forbedre indsatsen og skabe sammenhængende forløb for borgerne.

Arbejdsgruppens arbejde inddeles i to faser. I Fase 1 vil der være fokus på almen praksis og de regionale aktører, herunder hvordan Psykiatrien i regionen kan understøtte almen praksis i forhold til udredning og behandling af mennesker med psykisk sårbarhed eller psykisk sygdom samt håndtering i almen praksis.

I Fase 2 udvides fokus til også at omfatte kommunerne, så arbejdsgruppen kan se på den faglige udvikling af den samlede indsats i primærsektoren. Da der er tale om en iterativ proces, vil der ved afslutningen af Fase 1 blive udarbejdet et kommissorium for Fase 2.

Faserne er ikke uafhængige, og der vil derfor også være kommunal repræsentation i arbejdsgruppen i Fase 1.

I Fase 1 arbejdes ud fra følgende spørgsmål:

Spørgsmål 1: Hvad drømmer vi om?

I denne fase beskriver arbejdsgruppen, hvordan man fra et fagligt perspektiv kan understøtte hinanden og målgruppen. Der tages udgangspunkt i, hvilke muligheder det enkelte arbejdsgruppemedlem kunne drømme om at have til rådighed i samarbejdet mellem almen praksis, speciallægepraksis og regionen.

Spørgsmål 2: Hvilke indsatser har vi i dag?

Arbejdsgruppen kortlægger de tilbud og indsatser, der allerede er etableret. Arbejdsgruppen aftaler selv omfanget af kortlægningen, der kan omfatte tilbud i almen praksis, speciallægepraksis, Region Midtjylland, andre regioner og civilsamfundet. Med udgangspunkt i drøftelserne af spørgsmål 1 vurderes det, i hvor høj grad de eksisterende indsatser understøtter arbejdsgruppens ønsker og drømme for indsatsen.

Spørgsmål 3: Hvordan kan vi realisere drømmen?

Arbejdsgruppen drøfter dels, hvordan de eksisterende indsatser kan udnyttes bedre, eksempelvis ved øget tilgængelighed, en ekstra informationsindsats, formaliserede samarbejdsaftaler eller andet. Dels drøfter arbejdsgruppen, hvilke nye initiativer der på kort og lang sigt kan understøtte den faglige indsats for mennesker med psykisk sygdom i primærsektoren i relation til almen praksis og de regionale aktører. Udgangspunktet er ikke en udvidelse af kapaciteten i de enkelte sektorer, men at fagpersoner med forskellige ansvarsområder arbejder bedre sammen og understøtter hinanden.

Der kan være forskellige problematikker og løsningsmuligheder knyttet til forskellige aldersgrupper. Drøftelserne kan derfor tage udgangspunkt i parternes indsatser for følgende målgrupper:

- Børn og unge i daginstitutioner og grundskole
- Unge i ungdomsuddannelsesalderen, som er for unge til indsatser målrettet voksne
- Voksne (18+)

I forhold til børn og unge tages også udgangspunkt i familien.

Arbejdet søges tilrettelagt, så der både er sammenhæng i arbejdsgruppens arbejde, og så de enkelte arbejdsgruppemedlemmer kan deltage i drøftelserne af den eller de målgrupper, der er mest relevant for dem.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen refererer til Sundhedsstyregruppen. Praksisplanudvalget, Sundhedskoordinationsudvalget og DASSOS vil blive orienteret om arbejdsgruppens arbejde og anbefalinger.

I Fase 1 består arbejdsgruppen af:

- Formand: Dorte Klith, kontorchef, Sundhedsplanlægning Region Midtjylland
- Henrik Nordentoft, praksiskoordinator
- Henrik Idriss Kise, formand for PLO-Midtjylland (næstformand Bruno Meldgaard er suppleant)
- Birgitte Norrie, speciallæge i psykiatri, FAPS Midtjylland

- Susanne Hammer-Jakobsen, Børn og Unge-chef, Aarhus Kommune
- Anne Mette Vejrup, ledende oversygeplejerske, Regionspsykiatrien Randers
- Jakob Paludan, ledende overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling
- Dorte Purr Hede, leder af Psykiatriens Centrale Elektive Visitation
- Elisabeth Brix Westergaard, chefkonsulent, Psykiatriens økonomi- og planlægningsafdeling
- Knud Kristensen, landsformand for SIND
- Vibeke Just Andersen, konsulent, Fælleskommunalt Social- og Sundhedssekretariat i Midtjylland
- Gry Brun Jensen, specialkonsulent, Sundhedsplanlægning Region Midtjylland (sekretariatsbetjening)

I Fase 2 udvides arbejdsgruppen. Der udarbejdes et kommissorium for Fase 2 ved afslutningen af Fase 1, men på nuværende tidspunkt foreslås følgende sammensætning:

- Formand: Dorte Klith, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
- Formand: Kommunal repræsentant, direktør
- Praksiskoordinator
- 1-2 repræsentanter for PLO-M
- Repræsentant, speciallægepraksis
- Kommunal sundhedschef
- Kommunal beskæftigelseschef
- Kommunal børn og ungechef
- Direktør fra Psykiatrien
- Afdelingsledelsesrepræsentant, almenpsykiatrien
- Afdelingsledelsesrepræsentant, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling
- Ledende sygeplejerske, Psykiatriens Centrale Visitation
- Repræsentant fra Psykiatristaben
- Patient-/borgerperspektivet

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland i dialog med Fælleskommunalt Social- og Sundhedssekretariat.

Tids- og procesplan

Processen tilpasses løbende Covid 19-situationen. En del af møderne kan således afholdes virtuelt.

Februar 2021: Kommissoriet fremlægges for Sundhedsstyregruppens formandskab med henblik på godkendelse.

Ultimo februar/primo marts 2021: Udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen (Fase 1)

Marts-maj 2021: Møder i arbejdsgruppen (Fase 1). Der afholdes som udgangspunkt fire møder.

August/september 2021: En status på arbejdet i Fase 1 fremlægges for Sundhedsstyregruppen, Praksisplanudvalget, Sundhedskoordinationsudvalget og DASSOS.

August/september 2021: Udarbejdelse af kommissorium for Fase 2 og udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen (Fase 2)

Ultimo september-november 2021: Møder i arbejdsgruppen (Fase 2). Der afholdes som udgangspunkt fire møder. Det første har karakter af et halvdagsmøde/workshop med henblik på at komme i dybden med de ønsker, de enkelte har.

Primo 2022: Arbejdsgruppens anbefalinger fremlægges for Sundhedsstyregruppen, Praksisplanudvalget, Sundhedskoordinationsudvalget og DASSOS.

Bilag 2: Indsatser og tilbud til understøttelse af indsatsen for mennesker med psykisk sygdom i primærsektoren

Der er fokus på indsatser og tilbud i samspillet mellem region, almen praksis og speciallægepraksis.

	Indhold
Henvisning til Psykiatrien	Jf. målgruppebeskrivelsen.
HAT-tid (hurtig ambulant tid)	Subakut tid i Psykiatrien.
Specialisttelefon	Specialisttelefonen er etableret på alle de psykiatriske afdelinger i regionen og er en mulighed for at de almenpraktiserende læger kan få råd og vejledning ved en speciallæge i psykiatri i den afdeling, hvor patienten hører til.
18-24 årige deprimerede	Henvisning via PCV. Patienten udredes og sættes evt. i medicinsk behandling hos praktiserende psykiater.
Henvisning til praktiserende psykiater	Jf. målgruppebeskrivelsen
Telefonisk rådgivning/rådgivning pr. edifact	Almen praksis kan få telefonisk eller edifact rådgivning af praktiserende psykiater. Ydelsen kan anvendes for patienter, der ikke er i behandlingsforløb hos psykiateren, for patienter, der venter på behandlingsforløb, for patienter, der er i behandlingsforløb, eller for patienter, der har afsluttet behandlingsforløb.
Aftale om hurtig vurdering	Almen praksis kan få en hurtig vurdering af og behandlingsplan for patienter med psykiatriske problemstillinger af praktiserende psykiatere. Formålet er, at patienten kan færdigbehandles i AP eller få en optimal behandling, indtil der er en ledig tid i speciallægepraksis.
Enhed for Unge med Depression	Tilbud til unge mellem 18 og 24 år, som efter udredning hos en privatpraktiserende psykiater er sat i medicinsk behandling mod depression. Henvisning fra egen læge.
Internetbaseret behandling af let til moderat depression	Tilbuddet omfatter en videosamtale af 1-1½ times varighed med en psykolog. Derefter foregår behandlingen i et computerprogram, hvor borgeren skal igennem en række behandlingstrin med daglige øvelser, som er vaseret på kognitiv adfærdsterapi. Borgeren følges af den samme psykolog gennem hele forløbet. Behandlingsforløbet afsluttes med en videosamtale.
Dansk Center for Mindfulness	Dansk Center for Mindfulness på Aarhus Universitet tilbyder evidensbaserede mindfulness-programmer til forebyggelse og behandling af stress, angst og depression.
Mindhelper.dk	Mindhelper.dk er etableret i samarbejde mellem regionerne. Mindhelper.dk er Danmarks største informationssite for unge om mental sundhed. På Mindhelper kan unge få viden og råd om alt fra kærestesorger og ensomhed til angst og depression.
Social Sundhed	Frivillige sundhedsfaglige studerende ledsager og støtter sårbare og udsatte mennesker til deres aftaler i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i det enkelte menneskes behov. Dette er et tilbud i Aarhus og Herning/Midtvest.

Udover ovenstående kan kommunerne have tilbud til borgere med psykisk sygdom eller psykisk sårbarhed.

Bilag 3

MÅLGRUPPEBESKRIVELSE - MGB

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Tidligere behandlingsforløb/ behandlingsresistens	Ingen	Tidligere enkelte forløb med godt resultat	Tidligere enkelte forløb med vekslende resultat	Tidligere forløb overvejende med dårligt resultat	Tidligere forløb uden resultat
Belastningsgrad	1-3	4	5	6	7
Sværhedsgrad, sygdom (symptomniveau) CGI-S	1-3	4	5	6	7
Behandlingsregi	Ikke hospitalsbaseret	Måske hospitalsbaseret	Ofte hospitalsbaseret	Oftest hospitalsbaseret	Hospitalsbaseret
Behandlingsniveau	Praksissektor	➤ Praksissektor / ➤ HF: pakkeforløb	➤ HF: pakkeforløb	➤ HF: +/- Pakke- forløb	➤ ÷ Pakkeforløb ➤ RF/HSF ➤ Indlæggelse

CGI

0 = Ikke vurderet
1 = Normal, overhovedet ikke syg
2 = Måske mental syg
3 = Syg i mild grad
4 = Syg i moderat grad
5 = syg i udtalt grad
6 = Syg i svær grad
7 = Blandt de mest ekstremt syge patienter

Funktionsniveau/
belastningsgrad

0 = Ikke vurderet
1 = Fremragende:
2 = Meget god:
3 = God:
4 = Rimelig:
5 = Ringe:
6 = Meget ringe:
7 = Ekstremt ringe:

Usædvanlig, velfungerende social, job og fritid (hobbys)
Over normalt gennemsnit social, job og fritid (hobbys)
Normalt fungerende eller nogen forstyrrelse **enten** social **eller** job
Moderat forstyrrelse **enten** socialt **eller** job – eller nogen forstyrrelse i **begge**
Udtalt forstyrrelse **enten** socialt **eller** job – eller moderat forstyrrelse i **begge**
Svær nedsættelse social og job
Ekstrem nedsættelse på **alle** områder