



Opsamling på workshoppen den 30. januar 2018 vedr. ”Det gode borgerforløb”

På baggrund af den afholdte workshop den 30. januar 2018 vedrørende *Det gode borgerforløb i overgangen mellem social- og behandlingspsykiatrien*, er der fremkommet en række temaer, som vil indgå i det videre arbejde. Nedenstående temaer og pointer vil blive bearbejdet i en arbejdsgruppe samt håndteret af De Administrative Styregrupper for henholdsvis sundhed og det specialiserede socialområde ved et fastlagt møde den 16. marts 2018.

Temaer fra Workshoppen *Det gode borgerforløb i overgangen mellem social- og behandlingspsykiatrien*

Tag udgangspunkt i patientens drømme, ønsker og behov	1
Fokus på inddragelse af alle aktører i borgerens liv: Egen læge, patientens netværk, pårørende, andre tilbud m.v.	2
Etablering af Patientens team	2
Udvikling af en fælles plan, et fælles sprog og fælles IT-plattform	2
Forebyggelse af genindlæggelser	3
Øget fokus på tværsektoriel koordinering og samarbejde.....	3
Systematiske opfølgingsmøder efter udskrivelse - brobygning	4
Generel forenkling af sundhedsaftalerne – øget frihed til individuelle og fleksible indsatser	4
Noter til Sundhedsaftalerne	4

Tag udgangspunkt i patientens drømme, ønsker og behov

- Patientens drømme skal være afsættet for samarbejdet
- Der ønskes en fælles plan for borgeren, der har afsæt i borgerens ønsker og ressourcer.
- I socialpsykiatrien skal der øget fokus på at bringe borgerens ressourcer i spil, når der ikke længere er behov for behandling
- Det er vigtigt, at frontpersonalet har kompetencer til at forstå det enkelte menneske og vilje til at sætte mennesket først – fremfor at fokusere på lovgivning og regler.
- Nysgerrighed for patientens livssituation.
- Der skal fokus på at lytte til borgeren og borgerens pårørende og nære netværk, som kender borgeren bedst, da netværket kan bidrage med en vigtig viden/forståelse, der ikke fremgår af de formaliserede planer/journaler m.v.
- Patienten skal guides gennem systemet.
- De fagprofessionelle skal turde at sætte krav til patienten/borgeren.



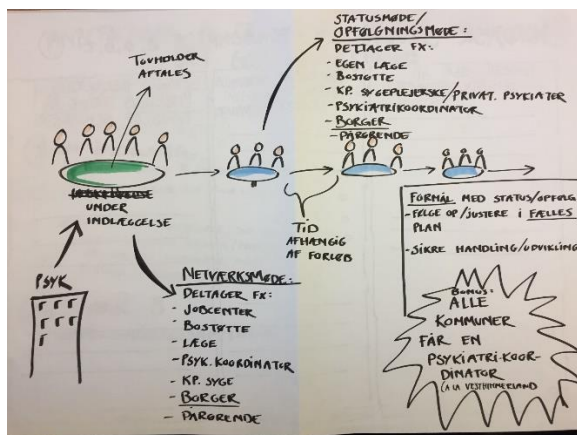
- Patienten skal turde deltage i samarbejdet
- Ønske: Patienten har sin egen app, hvor planer(ne) fremgår – patienten skal have brugsretten

Fokus på inddragelse af alle aktører i borgerens liv: Egen læge, patientens netværk, pårørende, andre tilbud m.v.

- Øget inddragelse af praktiserende læges viden og kendskab til patienten, for at få et samlet billede af sygdomsforløbet.
- Sørg for, at få samtykke fra patienten om inddragelse af netværk.
- Inddrag og styrk patientens netværk. Netværket skal bruges, ikke misbruges.
- Der skal generelt øget opmærksomhed på at inddrage den 3. sektor (fritidsforeninger, frivillige m.v.), der er en vigtig part i arbejdet med til at skabe mening/værdi for borgeren.
- Udbrede "det akutte ambulante" team til andre kommuner (måske med flere fagpersoner).

Etablering af Patientens team

- Alle byder ind! Der skal foregå en forventningsafstemning
- Tid til og fokus på tæt dialog igennem hele forløbet, udpegning af stafetholder, sikre at der er gennemgående personer, tydelighed om fælles mål og fælles koordinering af indsatsen, lave konkrete aftaler, udpege konkrete og relevante kontaktpersoner, sikre indbyrdes kendskab til relevante aktører
- Det er vigtigt, at borgeren er med til at bestemme, hvem der er indgår i teamet og dagsordenen for møderne udarbejdes i samarbejde med borgeren således, at der er struktur på mødet.
- Brug Åben Dialog som metode
- Psykiatrien vil tage initiativ til, at der i 2018 laves temamøder vedr. Patientens team i samarbejde med kommuner, praktiserende læger samt patient- og pårørende peerboard.



Udvikling af en fælles plan, et fælles sprog og fælles IT-plattform

- Start den fælles plan så tidligt som muligt, med løbende opfølgning og revidering.
- Fastsætte mødeaftaler i god tid og igennem hele forløbet – allerede fra indlæggelsen
- Det er en forudsætning for udvikling af en fælles plan, at der udvikles et fælles it-system på tværs af sektorer.



- Arbejd på at ensarte begreber og sprog således, at det er lettere/tydeligere for borgeren, de pårørende og fagpersonalet i de forskellige sektorer at orientere sig og forstå sammenhængen i forløbet.
- Relationel koordinering om den fælles kommunikation.
- Udbred viden om forskellige mentorordninger
- En indgang i kommunerne.

Forebyggelse af genindlæggelser

- Tilbud/Bostøtte og ambulatoriet får styrket samarbejde
- Akutboliger som forebyggelse, hvor personalet har tid til den enkelte. – Kunne også være en "uddannet/relevant" frivillig
- Fokus på den interne koordinering i kommunerne
- Skab "trygheds-kontakt" efter udskrivelse
- Evaluere på forløbene

Øget fokus på tværsektoriel koordinering og samarbejde

- Reflektere over målet med forløbet og sæt i fællesskab mål med indsatsen, som alle i fællesskab arbejder hen imod.
- Indlagte patienter, der udskrives til et botilbud, tilbydes, sammen med kontaktpersonen, at besøge bostedet før udskrivelse for at opleve/"mærke" bostedet.
- **Psykiatrien** vil huske at invitere relevante samarbejdspartnere til netværksmøde tidligt i forløbet.
- **Kommunen** skal være opsøgende i forhold til etablering af kontakt/samarbejde
- Ansigt til ansigt mellem social og behandlingspsykiatri
- Hellere videokonference end ingen konference.
- **Almen praksis:** Kendskab til livshistorie kunne udnyttes i forløb. Almen praksis involveres og informeres.
- Opfølgning hos egen læge, så lægen er opdateret på det samlede sygdoms/behandlingsbillede. Her skal italesættes den konkrete opgave, som opfølgning hos almen praksis.
- **Styrkelse af samarbejdet** mellem psykiatri, somatik og almen praksis – HUSK vidensdeling
 - eks. fælles uddannelse, delt ansættelse, komme på besøg hos hinanden tværsektoriel kompetenceudvikling, udvikle tværsektorielle projekter
- Ledelsesniveauet skal fremhæve, at det tværsektorielle samarbejde skal prioriteres.
- Øget fokus på anvendelse af koordinerede indsatsplaner
- Det er vigtigt, at der i forbindelse med overgange handles hurtigt således, at borgeren ikke oplever at blive "parkeret" ude på sidelinjen – heller ikke efter udskrivelse
- Etablering af et samarbejdsforum der består af fagpersoner, der er tættere på patienter, hvor man kan drøfte konkrete problemstillinger. Nuværende samarbejdsforum drøfter på overordnet niveau.
- Husk det dobbelte kram: Kompetencer, Relation, Accept, Mestring, Skal styrkes
- Gør brug af FIT – metode beskrevet af Socialstyrelsen
- Kontaktpersonen/primær sagsbehandler bør følge med borgeren i overgangen for at sikre, relevant information/viden overleveres korrekt og til de rette fagpersoner.
- Øget brug af PSP-samarbejdet
- Jobcentret skal indtænkes, da de er meget involveret i borgerforløbene
- Evaluere på forløbene



Systematiske opfølgingsmøder efter udskrivelse - brobygning

- Øget opmærksomhed på afholdelse af udskrivelsessamtaler, herunder hvorvidt der skal indkaldes til flere udskrivelsessamtaler/netværksmøder i patientforløbet samt opmærksomhed på, at de relevante aktører inviteres.
- Efter udskrivelse bør kommunen indkalde relevante aktører til et opfølgende møde, herunder fagpersoner fra psykiatrien, kommunen, praktiserende læge og det øvrige nære netværk omkring borgeren.
- "Genopfinde" distriktpspsykiatrien, hvor relevant fagpersonale fra kommune og psykiatri sammen tager på hjemmebesøg hos borgeren.
- Der savnes tydelighed om det ambulante teams rolle i forbindelse med udskrivelse og opfølgning.
- Udskrivelsesmentor – Følger personen i overgangen og op til 6 måneder
- PRO Data som dialoggrundlag til kommune + region. Lave pilotprojekt ifht. Anvendelse af PRO-data i den fælles indsats for borgeren.
- Overgang fra psykiatri til egen læge skal forbedres – hvilket giver bedre afslutningsbreve, mere kommunikation
- Systematisk opfølgning på nogle tidligere indlagte borgere. Individuelt tilpasset fx interval på 14 dage-3 måneder.
- Socialpsykiatri er initiativtager hvor behandlingspsykiatri deltager + netværk efter aftale med patient. Form: primært videomøde
- Aktiv brug af udskrivelsesmentorer til borgere der har tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet

Generel forenkling af sundhedsaftalerne – øget frihed til individuelle og fleksible indsatser

- Der er brug for, at frontpersonalet har en viden om og kendskab til sundhedsaftalen. Det er vigtigt, at socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien indbyrdes har kendskab til og forståelse for hinandens vilkår og rammer.
- Der skal fremadrettet øget fokus på at forenkle og konkretisere sundhedsaftalerne således, at de giver mening og er anvendelige i det tværsektorielle samarbejde. Det er en ledelsesmæssig opgave at sikre implementering af aftalerne og gøre dem forståelige for frontpersonalet.

Noter til Sundhedsaftalerne

Forløbsprogram for overvægtige børn, unge og overvægtige gravide – For specifik på fx kg på overvægt

Familieambulatoriet – Samarbejdsaftale mellem RN og Komm. (..) – Omfattende at mødes. Kan bliver for mange personer

Aftale om brugen af elektroniske korrespondancemeddelelser ved ambu. (..) – Efterspørges i Psykiatrien ekspert inddrages i teamet. Teamet skal ikke være eksperter

Genoptræning og rehabilitering (...) – Værktøjskasse. Med specialviden – hvem er vidensperson & hvordan kontaktes de?

Sundhedsaftale om retspsykiatriske patienter – Velbeskrevet. Velfungerende ordning

Der er manglende kendskab til flere ordninger



Aftale vedr. henvisning til forebyggelse i kommunerne inden for tobak, alkohol og stoffer – Der er kendskab til aftalen, men en udfordring at patienterne ikke ønsker tilbuddet, samt Refhost ikke er tilgængeligt for alle.

Forebyggelse – KRAM: Hvornår giver det mening? Brugerinddragelse.

Genoptræning for borgere med fysisk funktionsnedsættelse: Uklar målgruppe + formål jf. allerede eksisterende indsatser.

Udfordring: Knappe økonomiske ressourcer til at gøre en ekstra indsat i overgange. Der er kun økonomi til kerneopgaven.

Det er en udfordring i samarbejdet under indlæggelse at bostøtten stopper når patienten indlægges.

I forhold til patienter med psykisk sygdom og somatisk sygdom er der ikke tilstrækkelig fokus på den somatiske indsats.

Øget fokus på somatiske bivirkninger af medicin for den psykiske lidende.

Det somatiske står i skyggen af det psykiatriske. Vigtigt med forskellige faggrupper/kompetencer i patientens team.

Sundhedsaftalerne skal ikke være for konkrete.

ØNSKE: Overordnet princip i sundhedsaftale, hvor der er en fælles ramme (Patientens team) – forpligtigelse til at mødes og koordinere.