

Dato 08-11-2013

Tina Bak-Møller

Tel. +45 7841 2178

Tina.Bak-moeller@stab.rm.dk

1-01-72-41-12

Udkast til referat

Møde i faglig temagruppe for voksenpsykiatri 14.
november 2013

Side 1

Tid og Sted:	14/11 2013 kl. 9-11.30, Gæstelokale 2, indgang 32, AUH Risskov, Skovagervej 2 (8240 Risskov).
Referatet udsendes til:	<p>Kirsten Slumstrup, Silkeborg Kommune - afbud</p> <p>Rie Andersen, Viborg Kommune</p> <p>Torben Rugholm, Randers Kommune - afbud</p> <p>Cate Kristiansen, Horsens Kommune - afbud</p> <p>Keld Berthelsen, Ikast-Brande Kommune</p> <p>Mette Svarre, Aarhus Kommune</p> <p>Henrik Nordentoft, praktiserende læge, praksiskoordinator</p> <p>Lone Kaae-Sørensen, Regionspsykiatrien Silkeborg - afbud</p> <p>Kirsten Gøtzsche-Larsen, Regionspsykiatrien Viborg-Skive</p> <p>Runa Sturlason, Regionspsykiatrien Randers - afbud</p> <p>Inger Brødsgaard, Regionspsykiatrien Horsens - afbud</p> <p>Birthe Vorsum, Regionspsykiatrien Vest</p> <p>Merete Bysted, afd. P, AUH Risskov</p> <p>Elisabeth Brix Westergaard, Psykiatri og Social, administrationen</p> <p>Tina Bak-Møller, Nære Sundhedstilbud (referent)</p>

<p>Dagsorden:</p>	<p>1. 9.00 – 9.05: Velkomst v. Mette Svarre, kommunal medformand</p> <p>2. 9.05 – 9.35: Oplæg ved Mogens Vestergaard, professor og speciallæge i almen medicin, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet Mogens vil komme ind på emner som diagnostik og monitorering af stress, angst og depression vha. telemedicinsk løsning (www.sundhedsmappen.dk), almen praksis' arbejde med patienter, som både har en fysisk og en mental lidelse, samt overdødelighed blandt personer med psykisk sygdom.</p> <p>Mogens Vestergaard holdt oplæg (slides er vedlagt referatet). Orienterede om MEPRICA, som har fået 16 mio. kr. fra Lundbeckfonden og 4 fra universitetet. Hensigten er at udvikle redskaber, der kan hjælpe praktiserende læger til at blive bedre til at hjælpe patienter med psykisk sygdom.</p> <p>Oftentimes praktiserende læger kritiseret for ikke at diagnosticere korrekt ift. psykisk sygdom – men det er også vanskeligt: Typisk interviewes patienten og der udfyldes et diagnostisk skema, og derfra skal diagnosen stilles. Med MEPRICA udfyldes et webbaseret skema, og resultaterne kommer tilbage til journalen hos lægen på samme måde som blodprøveresultater.</p> <p>Sundhedsmappen.dk: Her ligger – på sigt - alle de forskellige skemaer. Systemet giver desuden et visuelt resultat. Desuden sendes der sms til patienten 14 dage senere med besked til patienten om at gå ind på sundhedsmappen igen og nyudfylde. Derved vil der ske opfølgning, og det kan vel at mærke ske, uden at patienten behøver komme til lægen. En vigtig pointe er, at hvis patientens kurve ikke bliver bedre, må der ske noget andet (medicinændring, henvisning til psykolog/psykiater).</p> <p>Der blev spurgt til, hvorvidt der har været overvejelser omkring ulighed i sundhed, fx ved patienter med lille sygdomserkendelse. Praktiserende læge skal vurdere hvilke patienter, systemet er et relevant redskab til. Det handler også om, at lægen bliver opkvalificeret – det er et godt redskab at tage ind i collaborative care. Og data fra sundhedsmappen kan danne grundlag for supervision af praktiserende læge. Mogens bemærkede desuden, at det er spændende at se, i hvor høj grad patienterne deltager. Kendetegnende for disse patienter er jo, at de er kognitivt svækkede. Derfor er det godt med collaborative care, at der bliver en care manager, der følger op på patienten.</p> <p>Patienten kan give lov til, at kommunen også kan se oplysningerne, patienten selv har givet ind i systemet, ligesom der er mulighed for, at pårørende kan se med.</p> <p>Vedr. multisygdom: Området får meget opmærksomhed i de anerkendte medicinske tidsskrifter. Multisygdom er sundhedsvæsenets største udfordring, og praktiserende læge har en nøglerolle. Multisygdom defineres som to eller flere kroniske sygdomme på samme tid. – Ift psykiske sygdom bør man måske snarere sige langvarig sygdom, ikke kronisk. Stor undersøgelse fra Skotland (se slide) viser, at blandt personer over 65 år</p>
--------------------------	--

har mere end 50% multisygdom.
Der er en retlinet sammenhæng: Jo flere fysiske sygdomme, jo større sandsynlighed for også psykisk sygdom.
Psykisk sygdom rammer hyppigere hos dårligt socialt stillede. Og socialt dårligt stillede får multisygdom ca. 10 år tidligere end mere velstillede.

Der blev spurgt til stratificering - hvad med fx de lettere psykiske tilstande?
Mogens svarede, at det ikke står helt klart i forskningen, men de fleste vil sige, at angst og depression og OCD hører med til langvarig sygdom.
Det ser desuden ud til, at skizofrenipatienter særligt dør af hjertesygdomme - medicinen stimulerer til dette.

Højere dødelighed blandt patienter med psykisk sygdom: Ja, der er selvmord, men meget hænger sammen med livsstil, den vigtigste faktor er fysiske sygdomme, som er underbehandlede.
Patienter tror af og til, at psykiatrien også tager hånd om det fysiske - der er jo fx taget blodprøver.

Det helt store problem er kløfter mellem sektorerne.

Rie Andersen nævnte, at der arbejdes på, om der kan laves video-konsultation. Det er meget svært at få praksislægerne med, fordi der ikke er honorar til den ydelse, som indtil videre kun kan honoreres som telefonkonsultation, men kan tage tid som en almindelig konsultation.
Det er især et problem for de mange patienter, der ikke kan holde ud at være i lægens venteværelse.
Brugerne er meget begejstrede for videokontakt med bostøtten. Det betyder at energi/fokus er på de mål, der arbejdes med om - og energien er ikke brugt på at få ryddet op inden bostøtten kommer.

Mogens sluttede af med at tale for en patientcentreret tilgang - der kommer resultater ud af at høre, hvad er vigtigt for patienten.
Collaborative care er vejen frem. God idé at inddrage erfaringer fra Storbritannien, men vigtigt at konceptet skræddersys til danske forhold.
Måske kan praksissygeplejersken uddannes til at være caremanager.
Supervision er vigtigt - speciallægerne på hospitalerne skal give real-time vejledning.

Tovholderfunktionen er meget vigtigt, og specialister skal sikre hurtig udredning af komplekse patienter.

Der kan ses mere på www.meprica.au.dk

Mette Svarre orienterede om, at Aarhus har arbejdet med medicinpædagogik i boformer og er nu på vej videre i bofællesskaber og bostøtte.
Men det er også nødvendigt med info til dem om fysisk sygdom.

Elisabeth Brix tilsluttede sig, at det er vigtigt med information på tværs af psykiatri og somatik - også i kommunerne.

Merete Bysted nævnte, at der også skal ske noget i psykiatrien - psykiatrien har arrangeret forelæsninger med somatiske specialister om hjertesygdomme og andre vigtige somatiske lidelser. Psykiatrien præget af en tænkning i retning af, at somatik er almen praksis' område.
Mogens bemærkede, at det kunne være meget ønskværdigt, at praktiserende

læger kunne komme på besøg hos egne patienter i psykiatrien, eller at der var praktiserende læger ansat i psykiatrien.

Merete svarede, at det pt. overvejes i Risskov – det gøres i København. Henrik Nordentoft foreslog, at man fx kunne oprette almen medicinsk klinik på Risskov, for nogle af patienterne er svære at få fat i for praktiserende læger.

Mogens tilføjede, at patienterne selv siger, at det vigtigste er kontinuitet – det er vigtigt for alle patienter, men særligt for disse.

Keld Bertelsen nævnte, at i Ikast-Brande Kommune frikøbes en praktiserende læge hver mandag til misbrugsområdet. Det er besluttet, at der årligt laves grundlæggende helbredstjek. Når svarene er klar går denne læge til hver enkelt praktiserende læge og følger op.

3. Denne del af mødet er arbejdsrådedelen.

Spørgsmål 1

Formulering af mål/vision for samarbejdet – med afsæt i det værdisæt, som fremgår af regeringens udspil på psykiatriområdet

Vi har nu fået høringsudgaven af bekendtgørelsen og vejledningen til de kommende sundhedsaftaler.

(Høringsudgaver af bekendtgørelse og vejledning er vedhæftet mailen med dagsordenen).

Når der tages afsæt i regeringsudspillet på psykiatriområdet, hvad er det så vigtigt at tage med ind i sundhedsaftalen?

(Link til regeringsudspillet er medsendt mailen med dagsordenen).

Ifølge høringsudkast til bekendtgørelsen om sundhedsaftaler skal der som minimum indgås aftale vedrørende disse obligatoriske indsatsområder:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Rehabilitering, herunder træning
- Sundheds-IT og digitale arbejdsgange

Psykiatrien skal være et gennemgående tema, og der skal være fokus på bl.a. "at sikre større og mere integreret samarbejde mellem almen praksis og kommunale tilbud og på at sikre større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder særligt patienter med psykisk sygdom, de ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom" (Uddrag fra høringsudkast til vejledning, s. 1).

Grupperne skal drøfte, hvilke mål fra regeringens psykiatriudspil, der er vigtige at få med ind i den kommende sundhedsaftale.

På grund af det lave fremmøde til mødet blev gruppearbejdsspørgsmålene i stedet drøftet i plenum:

Anbefalinger fra faglig temagruppe til det videre arbejde med de kommende sundhedsaftaler:

Udvikling af samarbejdet med patienten/borgeren er helt centralt:

- Udvikling af modeller/redskaber til øget involvering/aktiv inddragelse af patienter/borgere og deres pårørende i deres behandling/forløb
- Patient-empowerment

- Patienten som "Hovedaktør i eget liv"
- Recovery
- Fokus på patientens rettigheder, åbenhed i behandlingen og inklusion.
- Fokus på, at borgeren primært lever sit liv hjemme, men af og til er patient.

Det er vigtigt, at de professionelle ressourcer til koordinering bruges på de patienter/borgere, som har brug for hjælp til at sikre en sammenhængende indsats. De der kan selv – skal selv.

Der bør foretages stratificering, så kompleksitetsgraden tydeliggøres, så det dermed bliver mere klart, hvilke instanser der har hvilke roller ift. patientens aktuelle situation.

Der skal udvikles modeller til stratificering af patienterne/borgerne ift. hvordan det tværsektorielle samarbejde skal organiseres:

F.eks. lavede Risskov og Aarhus Kommune en model for stratificering ifm at lokalpsykiatrierne lukkede. Patienter blev inddelt i niveauer:

- Niveau 1-patiente: almindeligt godt samarbejde/telefonkontakt
- Niveau 2-patienter, hvor der er mere behov for samarbejde/mange parter involveret/behov for udskrivningsaftaler/koordinationsplaner
- Niveau 3-patienter, stort behov for tæt tværsektorielt samarbejde og samtidighed; den cirkulære samarbejdsmodel.

Det er meget vigtigt at tænke almen praksis ind her.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er det helt centrale redskab til at sikre en sammenhængende og koordineret indsats for patienter/borgere, der ikke kan selv eller har komplekse problematikker. Regionspsykiatrien og kommunerne i Region Midtjylland har en ambition om sammen at blive rigtig dygtige til at udarbejde udskrivningsaftaler/koordinationsplaner.

Der skal sættes fokus på de unge, der er nydiagnosticerede – det handler om at lave en tidlig/hurtig indsats og dermed forebygge, at der senere skal en mere omfattende langvarig/dyr behandling/indsats til.

Der er forsat brug for at styrke samarbejdet omkring patienter med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Patienter med både psykisk sygdom og misbrug skal sikres mulighed for en samtidig og sammenhængende behandling af begge problematikker.

Udvikling af modeller for hurtig/fremskudt myndighed med henblik på at forebygge social deroute hos ny-syge og andre patienter med psykisk sygdom.

Spørgsmål 2

Modeller for udvikling af det tværsektorielle samarbejde, som skal etableres for at implementere førtidspensions- og fleksjobreformen og dens intentioner.

En af de store problematikker er, hvordan vi skaber sammenhæng mellem de regionale sundhedskoordinatorer og de kommunale rehabiliteringsteam og psykiatrien.

Hvilke modeller vil gruppen anbefale, at der arbejdes videre med? Indtil videre har vi fået præsenteret modellerne fra Silkeborg og Aarhus (på mødet 101013).

Hvilke udfordringer skal sådanne modeller håndtere?
(Vedr. Aarhus-modellen se referatet fra 101013 s. 7 og
Uddrag fra referat fra møde i skizofrenisundhedsaftale-arbejdsgruppen om
Aarhus' projekt Fremskudt Sagsbehandling.
Desuden er vedhæftet oplægget fra Silkeborg Kommune og Regionspsykiatrien
Silkeborg,
Bekendtgørelse om kommuners og regioners samarbejde om sundhedsfaglig
rådgivning, og
samarbejdsaftalen vedr. sundhedskoordinatorer).

Den faglige temagruppe anbefaler:

Arbejdsmarkedsområdet skal fremadrettet være repræsenteret på alle niveauer
i den tværsektorielle samarbejdsstruktur: lokale samarbejdsråd, den faglige
temagruppe og styregruppen for voksenpsykiatri

Der skal etableres en regionsdækkende it-plattform – som også borgeren har
adgang til -, der gør det muligt at få et overblik om alle professionelle aktører
ift. den enkelte patient/borger, og hvor det er muligt at placere en fælles
handleplan/"Borgerens plan" – á la plat-formen "Kommunik" (udviklet mellem
Ringkøbing-Skjern Kommune og Regionspsykiatrien Vest). En anden model er
Haderslev-modellen, hvor patienten bærer information om indsatser rundt
blandt samarbejdsparterne på en USB-nøgle.

Samarbejde og kendskab mellem kommunens forvaltningsområder og mellem
sektorer skal udbygges.

Den praktiserende læge skal være en mere aktiv medspiller i de enkelte
borgerforløb f.eks. ved at den praktiserende læge deltager i fx samtaler på
jobcenteret frem for at bruge tid på at udfærdige attester. Samme tidsforbrug,
mere udbytte – giver mere klarhed og borgeren føler sig mere hørt.

Spørgsmål 3:

**Modeller for det tværsektorielle samarbejde om og med patienter med
multisygdom, hvoraf en af lidelserne er psykisk sygdom.**

På baggrund af notatet vedr. multisygdom (oplægget fra sidste møde fra Aarhus
Kommune og AUH Risskov er vedhæftet) og dagens oplæg fra Mogens
Vestergaard drøftes videre.

Området er et centralt punkt ift. den kommende sundhedsaftale, så selv om det
er et vanskeligt område, har temagruppen til opgave at komme med
anbefalinger, både i forhold til styregruppen og i forhold til det kommende
sundhedsaftalearbejde.

Den faglige temagruppe konkluderer, at området på den ene side er meget
vigtig, men også meget komplekst – og at det tværsektorielle samarbejdet på
området endnu meget præmaturt.

I den foregående sundhedsaftale periode har målet været at få et tværsektorielt
projekt op at køre i alle lokale samarbejdsråds lokalområde. Det er kun i mindre
grad lykkedes.

Den faglige temagruppe anbefaler:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ At man fortsat arbejder på, at alle lokalråd får etableret tværsektorielle samarbejdsprojekter, der kan medvirke til at øge middellevetiden for mennesker med psykisk sygdom. At erfaringerne herfra opsamles med henblik på evt. spredningen til resten af regionen • Samarbejdet med almen praksis skal øges – omkring somatisk comorbiditet mellem regionspsykiatrien og almenpraksis og mellem kommunen og almenpraksis. • At man satser på at opbygge de sundhedsfaglige kompetencer i alle de kommunale indsatser for mennesker med psykisk sygdom • At man udvikler fælles tværsektorielle redskaber/metoder til at sikre medicincompliance hos mennesker med psykisk sygdom. Det kan f.eks. være ved ensartet medicinpædagogik, fælles medicinapp mv. <p>4. Næste møde – til januar, når sundhedsaftalearbejdet igangsættes.</p>
Mødeleder:	Mette Svarre
Referent:	Tina Bak-Møller