

## Ansøgning om konkrete forsøg i Frikommuneforsøg II

<b>Frikommunenetværk</b>	<b>Bedre styring af udgifterne på det specialiserede socialområde</b>			
<b>Titel på forsøg</b>	<b>Mere sammenhængende forløb i psykiatrien</b>			
<b>Deltagerkommuner</b>	Aabenraa Kommune Favrskov Kommune Herning Kommune Holstebro Kommune Randers Kommune Silkeborg Kommune Skive Kommune			
<b>Faglig kontaktperson</b>	Dorte Ougaard, Silkeborg Kommune			
	<b>Telefon</b>	2345 5414	<b>E-mail</b>	Dorteougaard.kristensen@silkeborg.dk
<b>Netværkskoordinator</b>	Sanne Ramsdal, Favrskov Kommune			
	<b>Telefon</b>	8964 2116	<b>E-mail</b>	sram@favrskou.dk
<b>Dato for ansøgning</b>	25. april 2017			

### 1. Beskrivelse af forsøget

#### Indledning

Kvaliteten og effektiviteten i indsatsen overfor mennesker med psykisk sygdom, hænger tæt sammen med sammenhæng i forløb – såvel inden for de enkelte sektorer som på tværs af sektorer.

Det er et udbredt ønske mellem kommunerne i Region Midtjylland og regionen, at styrke det tværsektorielle samarbejde. Der arbejdes mellem de enkelte kommuner og regionen løbende på forskellige muligheder for nye samarbejdsformer, der skal styrke sammenhængskraften og den helhedsorienterede indsats omkring borgere/patienter.

De hidtidige erfaringer tyder på at sikring af sammenhæng og rette tilbud til rette tid, støder mod strukturelle barrierer, som ikke kan overvindes udelukkende gennem stor samarbejdsvilje og metoder, der inddrager medarbejdere på tværs af sektorer ud fra borgerens behov, snarere end ud fra organisatoriske logikker.

Rette tilbud på rette tid og sted er – sammen med sammenhæng i indsatser – helt afgørende for mennesker med psykiske lidelser. Forskellige psykiske lidelser, og den samme psykiske lidelse, kan have varierende sværhedsgrad. Derfor kan der være varierende behov for behandling og støtte. Psykiatriens Hus i Silkeborg tilstræber som samarbejdsmodel netop at understøtte sammenhængende og rettidige indsatser. Psykiatriens Hus er **et eksempel** på en samarbejdsform, hvis grundidé ønskes videreudviklet og videreført i andre kommuner – tilpasset lokale forhold og muligheder (jf. bl.a. Region Midts strategiplan på området).

Samarbejdet i Psykiatriens Hus er aktuelt så tæt som rammevilkår som lovgivningsmæssige og finansieringsmæssige forhold tillader. Der er imidlertid blandt ledelse, medarbejdere og politikere en erkendelse af, at der er væsentlige strukturelle barrierer for et endnu tættere og mere hensigtsmæssigt sam-

arbejde. Der ønskes derfor – i regi af det regionalt/kommunale samarbejde omkring Psykiatriens Hus, nærmere bestemt en afgrænset del af dette tilbud (Akut Døgntilbud) - gennemført et forsøg med samling eller samdrift (økonomisk og ledelsesmæssigt) af tilbuddet.

Der er et udtalt politisk ønske i såvel region som kommune om at forsøge at drive tilbuddet mere integreret – uden at miste hverken regionale eller kommunale kompetencer og samarbejdsrelationer omkring borgerne.

**Et forsøg omkring Akut Døgntilbud skal således ses som et "pilotprojekt", mht. afprøvning af om de eksisterende snitflader mellem regional og kommunal psykiatri kan optimeres.**

**Målgruppen** ønskes i forsøgsperioden afgrænset til borgere fra netværkskommunerne.

**Formålet** med forsøget vil være at øge kvaliteten i indsatsen omkring den enkelte borger/patient. Endvidere forventes der en driftsøkonomisk effektivisering.

Vedlagt:

*Tilkendegivelse fra Region Midtjylland.*

*Detailbeskrivelse af den eksisterende samarbejdsmodel for driften af Akut Døgntilbud.*

### **Akut Døgntilbud**

Akut Døgntilbud omfatter 6 regionale (registreret som ambulante aktivitet) og 6 kommunale pladser (SEL § 107) til midlertidig overnatning. Endvidere omfatter tilbuddet ambulante og udgående funktioner i form af regionalt hjemmebehandlingsteam og en kommunal udgående støttefunktion. Dette medvirker til at understøtte den sammenhængende indsats omkring den enkelte borger. De 2x6 pladser er på samme matrikel (samme gang i bygningen), men drives opdelt kommunalt og regionalt: to politiske systemer, to ledelsessystemer, to finansieringsmodeller etc.

Visitationen til tilbuddet sker enten via kommunal sagsbehandler eller via regional hjemmevejledningskoordinator. Såvel de kommunale sagsbehandlere på socialpsykiatriområdet som de regionale hjemmevejledere og koordinatoren har base på samme matrikel som Akut Døgntilbud. Dette muliggør et tæt kommunalt/regionalt samarbejde omkring de enkelte borgere allerede i visitationsfasen. Sagsbehandlernes placering på samme matrikel som "udførerne" understøtter også et hensigtsmæssigt samarbejde mellem myndighed og udfører. De kommunale sagsbehandlere fra Psykiatriens Hus sikrer endvidere tætte samarbejdsrelationer til øvrige kommunale aktører som f.eks. jobcenter og misbrugsbehandling.

Når en borger/patient én gang er visiteret til at indgå i målgruppen for Akut Døgntilbud, kan vedkommende henvende sig umiddelbart og få samtale og evt. tilbud om ophold i typisk nogle få døgn. Dette har vist sig at have en stor positiv effekt – bl.a. i form af fald i indlæggelser og genindlæggelser.

### **Udfordringer ved den eksisterende model**

Der er juridiske barrierer for hvor tæt et samarbejde omkring den enkelte borger/patient i Akut Døgntilbud må være.

Jf. Kommunalfuldmagten må kommunen ikke varetage regionale sundhedsopgaver. Kommunale skattekrone må ikke anvendes til regionale opgaver, hvilket udgør en hindring i forhold til en samlet drift af Akut Døgntilbud.

Udveksling af informationer om borgere i Akut Døgntilbud mellem tilbuddets to dele forudsætter, at der foreligger en specifik og aktuel samtykkeerklæring fra borgeren. Dette bør i teorien kunne lade sig gøre, men kræver i praksis et uoverkommeligt stort (og ressourcerelevende) fokus på løbende at ajourføre samtykkeerklæringer.

Borgerne / patienterne i Akut Døgntilbud må som udgangspunkt kun ydes hjælp fra det tilbud / den del af Akut Døgntilbud, de er indskrevet i – altså enten regional behandling eller kommunal socialpsykiatri.

Når reglerne følges fuldstændigt kan det indebære absurde forhold i en grad så "bofællesskabet: kommunal/regionalt psykiatri" nærmest er meningsløst. Her er et par illustrerende eksempler:



- *Regionale og kommunale medarbejdere må ikke hjælpe hinanden med indsatsen omkring en borger, som er indskrevet i enten det ene eller det andet regi*
- *En regional og en kommunal medarbejder må ikke bistå hinanden i en akut opstået situation omkring en borger – medmindre der tilfældigvis foreligger et visitationsgrundlag og en detaljeret samtykkeerklæring, der tillader dette ift. den konkrete borger.*
- *Sikkerhedsforanstaltninger: Hvis en borger tilkalder medarbejder om natten, skal der være mindst 2 medarbejdere tilstede (jfr. påbud fra arbejdstilsynet). Jf. den kommunale / regionale opgavefordeling skal to medarbejdere fra samme regi tilse borgeren. Dette tilsiger en uforholdsmæssig stor bemanning om natten (4 medarbejdere).*
- *Medarbejderne må ikke søge faglig sparring ift. indsatsen overfor konkrete borgere*
- *Vidensdeling på tværs af region og kommune omkring konkrete risikovurderinger, må ikke finde sted*
- *Etc.*

Dersom en ophævelse af den organisatoriske opdelingen blev mulig, ville det indebære større fleksibilitet i støtten og bedre mulighed for tidlig/rettidig indsats med den rette type af støtte. Den aktuelle situation indebærer eksempelvis, at en borger indskrevet i den kommunale del af tilbuddet, som får et pludseligt behov for en behandlingsmæssig indsats, skal afvente en visitation (via egen læge) til denne indsats, idet der er særskilt visitation til hhv. kommunal og regional psykiatri. Dette gør indsatsen omkring den konkrete borger usammenhængende og omstændelig. Et par konkrete eksempler:

- *En ung pige, der er skizofren får bostøtte fra udgående funktion (aften bostøtte fra Akut døgntilbud). Pigen er ikke længere tilknyttet regionen. Pigen får indimellem tilbagefald og har behov for regulering i medicinen. Egen læge vil ikke regulere medicinen. Pigen bliver af egen læge henvist til regionspsykiatrien mhp. medicinregulering. Når medicinreguleringen er "på plads" så afsluttes hun igen. Efter noget tid får pigens tilbagefald, og det er nødvendigt, med en genhenvist til regionen.*
- *En ung kvinde, har ophold på en kommunal plads i Akut Døgntilbud. Hun er afsluttet fra Region. Den unge kvinde er diagnosticeret med en personlighedsforstyrrelse, men der er usikkerhed omkring hendes diagnose og prognose. Det er derfor vanskeligt i socialt regi, at tilrettelægge den rette socialpsykiatriske indsats. Den unge kvinde bliver genhenvist til regionen mhp. en ny vurdering og udredning.*

Dokumentationskrav som bl.a. krav om forskellige planer for hver borger/patient (individuel handleplan, behandlingsplan m.v.) betyder, at borgeren/patienten skal forholde sig til flere forskellige planer og skærper derved indtrykket af en opdelt indsats. Koordinering af indhold af planer er desuden i sig selv ressourcekrævende.

Opdelingen nødvendiggør i sagens natur også et større ressourceforbrug til administration og ledelse (dobbel administration og ledelse), end det ville være tilfældet i et samlet tilbud.

For at imødegå de ovenfor skitserede udfordringer, ønskes det at samle Akut Døgntilbud i ét tilbud, hvor de forskellige regionale og kommunale faglige kompetencer bibeholdes og yderligere supplerer hinanden i indsatserne omkring den enkelte borger/patient.

### **Forsøgsforslag vedr. Akut Døgntilbud**

Akut Døgntilbud foreslås drevet samlet / "integreret" – én ledelse, én samlet økonomi etc. Der skal **tages stilling til den organisatoriske forankring af Akut Døgntilbud i forsøgsperioden**. Konsekvenser af valg af forankring for samarbejdsrelationer til øvrige samarbejdspartner skal beskrives nærmere i forbindelse med den nærmere beskrivelse og konkretisering af den valgte model.

På baggrund af nuværende budgetoplysninger, vil der kunne laves en omtrentlig opgørelse af en **samlet driftsøkonomi** (baseline for hidtidige omkostninger). Det ønskes afklaret, om der kan gives hjemmel til en samlet økonomi i en forsøgsperiode. En samlet drift forventes at rumme et effektiviseringspo-

teriale, idet der bl.a. ikke længere vil være tale om to parallelle administrative systemer.

**Finansieringsmodellen** i forsøgsperioden kunne være en **takstfinansiering** (med afregning ud fra en døgntakst).

Personalet, herunder Hjemmebehandlerteam og den udgående bostøtte funktion, samles under **en ledelse**. En sådan model tilgodeser sammenhæng i borgerperspektivet ligesom den tilgodeser en fleksibel og smidig opgaveløsning. Den rummer endvidere det potentiale, at Hjemmebehandlerteam og udgående bostøtte funktion kan samarbejde tæt omkring en opsøgende indsats, og opfølgning på borgere, der skal tilbage i egen bolig efter ophold i tilbuddet (som det er nu, kan hjemmebehandlerteamet yde denne støtte til de regionale patienter, men der eksisterer ikke en tilsvarende mulighed for de borgere, der er indskrevet kommunalt).

Der ønskes i forsøgsperioden oprettet et **kommunalt/regionalt visitationsudvalg**. Dette vil sikre såvel en sundhedsfaglig som en socialfaglig ekspertise ved placeringen, samt skabe et fælles blik på borgeren fra start. Endvidere vil det understøtte dialogen om formål med opholdet og indsats omkring borgeren. Den endelige visitationskompetence (i tilfælde af uenighed) vil være kommunal.

Mht. **klageadgangen** er det en udfordring, at der ikke eksisterer én klageinstans, der kan håndtere klager over både den sociale og den sundhedsfaglige indsats. De eksisterende klageinstanser (Ankestyrelse og Styrelsen for patientsikkerhed) vil derfor skulle anvendes i forhold til hvilke elementer af tilbuddet, der påklages.

Der skal gives de samme **ydelse**r i tilbuddet som pt., men de vil umiddelbart være tilgængelige for alle borgere i tilbuddet, når/hvis behovet opstår. Dette vil give større fleksibilitet og mulighed for tidlig indsats og rette indsats til rette tid. Hvis en borger indskrives i den kommunale del, vil vedkommende eksempelvis kunne få adgang til den psykolog, der er tilknyttet den regionale del af tilbuddet, og ikke først skulle afvente en visitation. Borgernes behov kan ændre sig over tid, og uden hindringer i form af strukturelle barrierer som f.eks. visitation til andet tilbud internt i Akut Døgntilbud, vil rette støtte til rette tid lettere kunne ydes.

Det skal undersøges, hvordan **enkel og smidig dokumentation** kan understøttes. Som det er nu, dokumenteres der i to forskellige fagsystemer, og ved de borgere/patienter, der giver samtykke, deles relevant information mundtligt. Dette er en sårbar metode, da den er afhængig af medarbejdernes mulighed for at tale sammen, samt at de husker på at dele informationen, når de mødes. Holdes der et møde med en kommunal og regional medarbejder, skal begge tilbage og registrere den samme dokumentation i hvert deres system. Med henblik på at optimere sagsgange indenfor eksisterende lovgivningsrammer, indhentes samtykke fra borger om udveksling af oplysninger, fra dag 1. Det afprøves at lave en fælles handleplan, der skrives ind i hvert dokumentationssystem.

Det vil på sigt være hensigtsmæssigt med en fælles elektronisk platform, for at undgå dobbeltdokumentation. Kommunerne i netværket er – som mange andre kommuner - opmærksomme på den afdækning af juridiske barrierer på dette område, der pt. pågår i Digitaliseringsstyrelsen og KI regi. Denne løsning er der derfor ikke fokus i denne ansøgning.

Den samlede **faglighed** i tilbuddet forventes øget gennem bedre vilkår for læring i samarbejdet og udnyttelse af faglige synergier. Mødeaktivitet vil mindskes til fordel for mere tid til borger-/patientrettet indsats. Et samlet tilbud vil indebære bedre rammer til dialog blandt fagpersonale, f.eks. om borgere, der kræver ekstra opmærksomhed.

De ansatte vil med en organisatorisk samling få de samme rammer for arbejdet, hvilket ligeledes giver borgerne et ensartet tilbud, hvor de ikke har forskellige muligheder og vilkår afhængigt af om de indskrives regionalt eller kommunalt. Eksempelvis er de kommunale pladser efter SEL § 107 omfattet af SELs **magtanvendelsesregler**. Denne mulighed foreligger ikke under Sundhedsloven – en forsøgs hjemmel i Sundhedsloven til magtanvendelse, f.eks. i form af akut fastholdelse ved ambulante behand-

ling, kunne imødekomme ønsket om ensartede rammevilkår.

### **Service-mæssige konsekvenser for borgerne**

Det forventes, at serviceniveauet for borgerne/patienterne i Akut Døgntilbud vil øges, idet der umiddelbart – ved behov - bliver adgang til flere ydelser, der pt lovgivningsmæssigt er afgrænset til hhv. regionalt eller kommunalt regi og kræver en særskilt (ofte tidskrævende) visitationsproces i de to regi. Endvidere forventes den faglige kvalitet i det samlede tilbud at profitere af bedre vilkår for faglige synergier.

## **2. Mål og forventede resultater**

### **Mål**

Det er først og fremmest et mål at skabe en sammenhængende og helhedsorienteret indsats for borgerne / patienterne, der er kendetegnet som ”rette indsats til rette tid og på rette sted”.

Endvidere er det et mål at øge kvaliteten i de (tvær)faglige indsatser omkring borgerne/patienterne.

Endeligt er det et mål at optimere ressourceanvendelsen - i et samfundsøkonomisk perspektiv.

### **Forventede resultater**

Med en mere samlet indsats forventes det, at der kan ydes en mere intensiv indsats end tidligere, kvaliteten i den samlede indsats vil øges og det ”administrative” ressourceforbrug vil mindskes. Dette vil bl.a. resultere i:

- Færre og kortere ophold for den enkelte borger
- Fald i antal indlæggelser og genindlæggelser
- Øget borger/patienttilfredshed
- Øget medarbejdertilfredshed
- Driftoptimering

## **3. Konkrete behov for forsøgshjemler, undtagelser fra gældende lovgivning mv.**

Forsøget sætter spørgsmålstegn ved hvorvidt den opgavefordeling, der med kommunalreformen blev indført mellem region og kommune, er optimal på psykiatriområdet. Dette i lyset af de behov for sammenhængende og rettidige indsatser, der karakteriserer mennesker med psykiske lidelser.

Konkrete behov for hjemler etc., vil bl.a. omfatte:

- Forsøgshjemmel for kommunen til i forsøgsperioden at varetage regionale sundhedsopgaver
- Forsøgshjemmel til samlet / fælles regional/kommunal driftsøkonomi i tilbuddet i forsøgsperioden
- Lov om socialtilsyn/sundhedstilsyn  
I en samling af driften som den beskrevne, inkl. samling af sociale og sundhedsfaglige indsatser, vil der skulle tages højde for tilsynet. Socialtilsynet har efter gældende lovgivning tilsynet med tilbud efter servicelovens § 107, mens tilsynet med den behandlingsindsats/sundhedsfaglige indsats, varetages i henhold til sundhedsloven. Det kan foreslås, at Socialtilsynet i forsøgsperioden fører tilsyn med tilbuddet i sin helhed – men således at Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med sundhedsopgaverne.
- Hjemmel i sundhedsloven til anvendelse af magt  
Tilbud efter servicelovens § 107 er omfattet af servicelovens kapitel 24 om magtanvendelse. Det betyder, at personalet under de i lovgivningen særligt fastsatte betingelser, må anvende magt overfor borgeren, f.eks. i form af akut fastholdelse. Det tilbud, der beskrives i forsøgsansøgningen, har fælles drift med en fælles social og sundhedsfaglig indsats. Det betyder, at det ikke vil være muligt at adskille præcist, hvornår der foregår en henholdsvis socialfaglig indsats og sundhedsfaglig indsats (behandling). Derfor ønskes der i forsøgsperioden **en hjemmel i sundhedsloven til at anvende magt, f.eks. i form af akut fastholdelse ved ambulante behandling.**



#### Forsøgshjemmel i forhold til fælles visitation

Det er kommunen, der træffer afgørelse om, hvorvidt en borger er berettiget til et tilbud efter servicelovens § 107. Såvel regionen som kommunen kan varetage driften af tilbud efter § 107. **Der skal oprettes en særlig hjemmel til at visitere til tilbuddet, da det ikke er et rent § 107 tilbud, men et blandet sundhedslovs- og servicelovstilbud.** Tilbuddet vil således ikke være omfattet af den tilbudsvifte, som kommunen kan visitere til - da sådanne tilbud pt ikke findes i lovgivningen.

- Fritagelse fra lov om frit sygehusvalg  
En hver patient kan jf. lov om frit sygehusvalg lade sig omvisitere til Psykiatriens Hus. Der ønskes fritagelse fra loven i forsøgsperioden i fht Akut Døgntilbud (akut døgn og hjemmebehandling). Dette i lyset af målgruppeafgrænsningen (borgere fra netværkskommuner).
- Undtagelse fra lovgivning vedrørende tilbudsportal  
Kommunen må kun visitere til tilbud, der er på tilbudsportalen og som er godkendt af Socialtilsynet. Jf. ovenstående vil det "integrerede" tilbud ikke være omfattet af Socialtilsynet. Der skal derfor sikres undtagelse ift. bekendtgørelsen om tilbudsportalen.

#### 4. Hvordan realiseres de forventede resultater

Frikommunenetværket vil anvende de frihedsgrader, der ansøges om, til – i tæt samarbejde med Region Midt - at udvikle og afprøve lokale (fælles regionalt/kommunale) tilbud i de enkelte kommuner, der styrker sammenhængende og rettidige indsatser for borgerne. – Akut Døgntilbud, som beskrevet ovenfor, er således ét konkret eksempel. Der vil kunne fremkomme forskellige "variationer over temaet" i de forskellige kommuner under forsøgsperioden. Erfaringerne herfra vil kunne sammenholdes og danne afsæt for videre udvikling.

#### 5. Evaluering

Den nærmere evaluering af forsøget opbygges i samarbejde med KORA i løbet af foråret 2017. Der vil blive taget afsæt i en virkningsevaluering, hvor der er opstillet følgende foreløbige programteori:

Ændret lovhjemmel -> mere sammenhængende forløb -> helhedsorienterede indsatser -> tidligere fælles indsatser -> bedre velvære hos borgeren, større medarbejdertilfredshed, bedre ressourceudnyttelse

På den baggrund opstilles følgende foreløbige evalueringsspørgsmål:

- Ses der fald i genindskrivninger i tilbuddet?
- Ses der fald i varighed af forløb i tilbuddet?
- Ses der fald i indlæggelser og genindlæggelser i den stationære psykiatri?
- Ses der fald i driftsudgifter til det samlede tilbud?
- Skabes der en helhedsorienteret indsats med sammenhængende forløb? Hvad kendetegner disse?
- Oplever borgere og medarbejdere større tilfredshed?

Inden forsøget igangsættes, udarbejdes der en baseline på de udvalgte parametre.

Det vil blive overvejet, om der skal foretages audit af konkrete cases og deres forløb.