

*Opsøgende psykoseteams
i H:S og Københavns
Kommune*

*H:S Direktionen
Oktober 2001*

Opsøgende psykoseteams i H:S og København Kommune

H:S Direktionen
Oktober, 2001

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. SAMMENFATNING.....	3
2. BAGGRUND OG KOMMISSORIUM.....	5
3. GRUNDELEMENTERNE I OP-METODEN	8
4. OPSØGENDE PSYKOSETEAMS I H:S OG KØBENHAVNS KOMMUNE.....	9
4.1 Population og målgruppe	9
4.2 Teamets samlede opgaver	10
4.3 Samarbejde og sammenhæng i eksisterende tilbud.....	14
4.4 Betydning for den sociale sektor og brugerne.....	15
4.5 Brugerråd.....	15
4.6 Ledelsesforhold og personalesammensætning	16
4.7 Uddannelse og supervision.....	18
4.8 Placering og lokalebehov	18
4.9 Økonomi	19
5. EVALUERING AF OPSØGENDE PSYKOSETEAMS I H:S OG KØBENHAVNS KOMMUNE	21
6. LITTERATUR.....	25

1. SAMMENFATNING

H:S Bestyrelsen besluttede på møder den 3. maj og den 6. december 2000 at iværksætte etablering af fire Opsøgende Psykoseteams, herunder to i distrikterne Sundby Syd og Sundby Nord.

H:S Direktionen har sammen med Københavns Kommunes Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltning (FAF) arbejdet på at føre beslutningen ud i livet, og herunder vurderet at de to øvrige psykoseteam bedst placeres i distrikterne Bispebjerg og Indre Nørrebro. H:S samarbejder med Københavns Kommune (FAF) om projektet. Der blev nedsat en styregruppe og en arbejdsgruppe til styring og gennemførelse af projekterne og udfærdigelse af rapport. Arbejdet har taget afsæt i MTV-rapporten *Opsøgende psykoseteam – Assertive Community Treatment (1999)* fra DSI. MTV-rapporten havde vurderet metoden mht. effektiviteten samt betydningen for patienter og pårørende og konkluderede til slut, at metoden burde indføres som den overvejende model for behandling og støtte af mennesker med (lang)varige psykoser.

Udgangspunktet er en så høj grad af metode trofasthed som muligt i forhold til Assertive Community Treatment (ACT). Dog vil der være en tilføjelse mht. døgnberedskab for H:S.

Grundelementerne i OP-metoden samler sig om begreberne assertivitet samt OP-teamet og dets opgaver og behandlingstilbud. Assertivitet (kap. 3) er udtryk for en behandlingsfilosofi om, at ansvaret for oprettelsen af kontakt, og dermed for at behandling og støtte rent faktisk sker, ligger i teamet og ikke hos patienterne. I praksis viser dette sig ved at de tilmeldte patienter opsøges, hvis kontakten er ved at svigte. Teamets behandlere arbejder i tværfaglige team på ca. 10 med hver ca. 10 patienter (case-load). Det betyder, at et team typisk vil have fælles ansvar for og betjene ca. 100 personer. OP-teamet har en række opgaver, som bl.a. beror på en grundig vurdering og behandlingsplan, et solidt netværksarbejde, tilvejebringelse og udnyttelse af sociale og medicinske tilbud, et kriseberedskab døgnet rundt og en hyppig kontakt. OP-teamet foretager medikamentel behandling, støttende samtaleterapi, rehabilitering, revalidering og social støtte efter moderne principper.

Den særlige arbejdsform kan give anledning til overvejelser vedrørende de syges integritet og retsstilling. Det pointeres derfor, at teamet arbejder indenfor den gældende lovgivning herunder reglerne om tvang i psykiatrien. En patient, der ikke ønsker at indgå i behandlingen/forsøget vil have samme adgang til eksisterende tilbud og samme sociale rettigheder, som hidtil.

Målgruppen for OP-teams (kap. 4) er patienter der opfylder en række kriterier og som selv ønsker at deltage i tilbudet. Kriterierne indbefatter udover alders-, geografiske og diagnostiske krav betingelser som sigter mod at designe tilbuddet til de psykotiske borgere, som har haft de største vanskeligheder med at udnytte de eksisterende behandlingsmæssige og sociale tilbud.

Teamets leder refererer til H:S. En lokal styregruppe med ledelsesrepræsentanter fra H:S og FAF får til opgave at vejlede lederen. Teamet består af medarbejdere med social og/eller sundhedsfaglig baggrund med erfaring i arbejde med psykisk syge. Da målgruppen udgøres af svært sindssyge borgere med særligt komplicerede forhold skal den faglige baggrund som minimum være på et mellemlangt videregående niveau. Det opsøgende psykoseteam kan indbefatte psykiatriske speciallæger, psykiatriske sygeplejersker, kliniske psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og social-

pædagoger. Desuden skal der være ansat en sekretær. En særlig rolle for lægen er at være gate-keeper i forhold til den lokale sengeafdeling, som indebærer en ind- og udskrivningsret og –pligt. Visitationen forberedes efter tværfaglige principper og varetages af den psykiatriske speciallæge ved regelmæssige formaliserede møder med teamchefen og overlægen ved det distriktspsykiatriske center. Kompetencen ved visitationsmøderne deles ligeligt mellem de tre parter.

FAF overfører til teamet (og dermed H:S) en række rettigheder mht. udbetaling og administration af sociale ydelser (kap. 4.3).

24 timers beredskabet løses som et kompromis med de forhåndenværende 10 teammedlemmer ved en fleksibel arbejdstid og en mulighed for telefonkontakt, som rækker ud over åbningstiden fra kl. 09.00-18.00 på hverdage og 6 timers planlagt arbejde i weekenden. Der sigtes endvidere mod en målbevidst udnyttelse af de eksisterende tilbud inden for H:S og samarbejde med socialektoren og privat regi.

En personlig eksponering i forhold til meget komplekse sociale og psykologiske problemer indebærer, at medarbejderne såvel indledningsvis som løbende har behov for uddannelse og supervision (kap. 4.7). Der afsættes derfor midler til dette.

Ved hvert OP-team oprettes brugerråd (kap. 4.5) ud fra samme principper som i distriktspsykiatrien mhp. at etablere en formaliseret dialog mellem brugere og teamet.

Udgiften ved etablering af et opsøgende psykoseteam skønnes at være i størrelsesordenen 5 mio. kr. (kap. 4.9). Det foreslås at OP-teamet placeres i eller i nær tilknytning til de distriktspsykiatriske centre. Alternativt foreslås en placering i eller nærved lokalcentrene i FAF. Der vil være behov for mellem 6 – 10 rum afhængig af mulighederne for lokalefællesskab med eksempelvis distriktspsykiatrien.

Indførelse af OP-teams forventes at have særlige betydninger for såvel den sociale sektor som brugerne (kap. 4.4). Bl.a. forventes udsigten til at flere psykisk syge kan være i eget hjem at medføre et øget behov for socialektorens tilbud. Evalueringen af OP-teams i H:S og Københavns Kommune sker for at undersøge metodens effekt under danske betingelser, idet den er en nyskabelse i en dansk sammenhæng. Da det sociale system i Danmark er anderledes og mere udbygget end i de lande, hvor tidligere undersøgelser har fundet sted giver det et særligt behov for at evaluere de sociale gevinster (beskæftigelse og bolig), som er beskrevet i udenlandsk litteratur. Opsøgende psykoseteams vil gribe ind i den måde behandling og støtte sædvanligvis ydes, og der er behov for en undersøgelse af hvorledes denne organisatoriske nyskabelse indpasses i den allerede eksisterende organisation.

Effekten måles på en række forhold, der dels kan belyses ved statistiske data, dels ved behandlernes registreringer af oplysninger og endelig ved interview gennemført af personer, der er uafhængige af behandlingsindsatsen. De forhold, som man ønsker belyst er sociale forhold, fastholdelse i behandling og evnen til at klare sig, samt tilfredshed med den ydede service. For at få denne viden må der etableres en sammenlignende undersøgelse mellem de fire distrikter der får etableret opsøgende psykoseteam målt over for fire parallelle distrikter der yder behandling og sociale ydelser som hidtil. Der er tale om en undersøgelse, som kan gennemføres på forskellige intensitetsniveauer. Hvilket niveau man vælger afhænger af hvilke forhold man ønsker belyst samt ressourcemæssige overvejelser. Man planlægger at tilrettelægge undersøgelsen således, at der er mulighed for sammenligning med opsøgende psykoseteam som etableres i henholdsvis Sønderjyllands og Storstrøms Amter.

2. BAGGRUND OG KOMMISSORIUM

I USA tog man allerede i 1960'erne fat på at løse problemerne med "svingdørspatienter" samt fragmenterede og ukoordinerede støtte- og behandlingstilbud. En model udviklet af psykiateren Stein og psykologen Test i byen Madison (Madison modellen) har med mindre modifikationer vist sig at være en metode som tillader, at mennesker med varige sindssygdomme kan leve den bedst mulige tilværelse i lokalsamfundet. Principet om at komme til patienterne og hjælpe dem på deres præmisser og hjemmebane, når de pga. den psykiske sygdom ikke magtede at udnytte ambulatoriet eller andre muligheder i lokalsamfundet, blev i Madison kaldt: Assertive Community Treatment (ACT) – på dansk Opsøgende Psykoseteam (OP-team).

I efteråret 1999 udkom MTV-rapporten *Opsøgende Psykoseteam – Assertive Community Treatment* fra DSI – Institut for Sundhedsvæsen. Rapporten vurderede metoden mht. effektiviteten samt betydningen for patienter og pårørende, økonomi og organisation. Rapporten konkluderede, at *opsøgende psykoseteam (OP) bør indføres som den overvejende model for behandling og støtte af mennesker med (lang)varige sindssygdomme (psykoser). Det vil give bedre livsbetingelser for psykisk syge og deres pårørende. Det er muligt at give et sådant tilbud af høj kvalitet indenfor den eksisterende økonomiske ramme. Det kræver en reorganisering og integration af den sundhedsmæssige (psykiatriske) og sociale indsats.*

I Sundhedsstyrelsens *målsætningsrapport for kvalitet i Distriktpsychiatrien (1998)* efterlyses initiativer til fortsat udbyggelse af distriktpsychiatrien i dybden med vægt på sammenhæng, helhed og kvalitet. I den sammenhæng kommer MTV-rapporten med et væsentlig afsæt i videnskabelig evidens som et bidrag til videreudvikling af psykiatrien i H:S.

H:S og København og Frederiksberg Kommune samarbejder på alle niveauer om at sikre en bedre koordinering og øget indsats over for psykisk syge og deres pårørende. Dette afspejles på det overordnede niveau bl.a. i Familie- og Arbejdsforvaltningens (FAF) Sektorplan på psykisk syge området fra 2000 og udarbejdelse af H:S Psykiatriplan i de kommende år.

H:S Bestyrelsen besluttede på møder den 3. maj og den 6. december 2000 at iværksætte etablering af fire Opsøgende Psykoseteams, herunder to i distrikterne Sundby Syd og Sundby Nord.

H:S Direktionen har sammen med Københavns Kommunes Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltning (FAF) arbejdet på at føre beslutningen ud i livet, og herunder vurderet at de to øvrige psykoseteam bedst placeres i distrikterne Bispebjerg og Indre Nørrebro. Disse OP-teams etableres i samarbejde med Københavns Kommune (FAF). For at minimere antallet af samarbejdspartnere er Frederiksberg Kommune ikke involveret i første fase. Dette vil kunne ske senere, hvis erfaringerne er positive og ønske herom findes.

Det er planen at etablere samarbejde med andre tilsvarende projekter i Danmark, dvs. foreløbigt Storstrøms og Sønderjyllands Amter.

Der blev nedsat en styregruppe og en arbejdsgruppe (som har udfærdiget herværende rapport) til styring og gennemførelse af projekterne.

Arbejdsgruppens kommissorium var at:

- Udarbejde forslag til afgrænsning af målgruppen for opsøgende psykoseteams i H:S
- Beskrive teamets opgaver og kompetence, herunder af afgrænsningen af opgaver i forhold til eksisterende tilbud i H:S og Københavns kommune
- Beskrive samarbejde og sammenhæng til eksisterende tilbud, herunder akutte tilbud uden for teamenes åbningstid
- Beskrive ledelsesforhold og personalesammensætning, og i forlængelse heraf udarbejde forslag til stillingsbeskrivelser
- Beskrive behov for uddannelse og supervision
- Udarbejde forslag til driftsbudget, herunder budget til andet end personale
- Beskrive de enkelte teams fysiske indplacering og herunder særlige krav til lokaler
- Beskrive projektførelset, herunder udarbejde forslag til indhold og tidsplan for evalueringsprojekt.

Styregruppen bestod af:

Administrerende direktør Grethe Munk, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen
Vicedirektør Carsten Stæhr Nielsen, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen
Sundhedsfaglig direktør Lone de Neergaard, H:S Direktionen
Økonomidirektør Morten Rand Jensen, H:S Direktionen

Arbejdsgruppens sammensætning var:

Repræsentanter fra hospitalspsykiatrien:

- Overlæge Merete Nordentoft, Bispebjerg Hospital
- Klinikchef Anne Lindhardt, Rigshospitalet
- Led. Centersygeplejerske Jette Pamperin, Amager Hospital
- Overlæge Marianne Kastrup, Amager Hospital

Repræsentanter fra H:S Direktionen:

- Sundhedsfaglig direktør Lone de Neergaard
- Overlæge Kristen Kistrup (formand)
- Planlægningskonsulent Kurt Stig Jensen
- Fuldmægtig Henrik Friis (sekretær) (til 01.08.01)
- Fuldmægtig Jakob Bjerre (sekretær) (fra 01.08.01)

Repræsentanter fra FAF, 8. kontor:

- Psykiatrikoordinator Henrik Stahl Nielsen
- Fuldmægtig Anne Marie Lysgaard

Repræsentanter fra voksenteamene i lokalcentrene, Københavns Kommune:

- Teamchef Andre Mann, Sundby Nord
- Teamchef Gitte Høg Larsen, Sundby Syd
- Centerchef Arne Bertram, Bispebjerg
- Projektkoordinator Ulla Palm Larsen, Indre Nørrebro Bydel
- Teamchef Ingrid Bøvith, Bispebjerg

Arbejdsgruppen afholdt sit første møde den 3. maj 2001 og har afholdt 6 møder.

Arbejdsgruppen nedsatte i alt 3 underarbejdsgrupper, som for udvalgte emner i kommissoriet har udarbejdet bidrag til rapporten.

Arbejdsgruppen besluttede på sit første møde at søge at inddrage repræsentanter for brugere og pårørende i arbejdet. Man inviterede derfor Foreningen af brugere og pårørende i distriktpsychiatrien under H:S til at udpege 2 medlemmer af arbejdsgruppen. Foreningens repræsentanter havde imidlertid ikke mulighed for at deltage i de faste møder.

På arbejdsgruppens møde den 7. august 2001 blev det derfor besluttet at invitere repræsentanter fra brugerrådene ved de 4 distrikter, hvor der i første omgang oprettes OP-teams, til et særskilt møde den 21. august 2001. Ved mødet viste brugerne en entydig opbakning af forsøget og kom med væsentlige kommentarer, som er inkluderet i rapporten.

Foreningen af brugere og pårørende i distriktpsychiatrien under H:S er fortsat medlem af arbejdsgruppen der arbejder videre med konkretisering af grundlaget for etablering af OP-team.

3. GRUNDELEMENTERNE I OP-METODEN

Assertivitet

Dette indgår i navnet på metoden og er udtryk for en behandlingsfilosofi: At ansvaret for opretholdelsen af kontakt, og dermed for at behandling og støtte ret faktisk finder sted, ligger i teamet og ikke hos patienterne. I praksis viser dette sig ved at de tilmeldte patienter opsøges i teorien ubegrænset, hvis kontakten er ved at svigte. Hvor den traditionelle psykiatriske behandling grundlæggende er et tilbud, hvor den psykisk syge selv må opsøge behandleren, så er OP-teamet opsøgende og fastholdende i sin behandlingsform.

Den særlige arbejdsform kan give anledning til overvejelser vedrørende de syges integritet og retsstilling. Det er derfor vigtigt at slå fast, at teamet arbejder indenfor den gældende lovgivning herunder reglerne om tvang i psykiatrien. En patient, der ikke ønsker at indgå i behandlingen/forsøget vil have samme adgang til eksisterende tilbud og samme sociale rettigheder, som hidtil.

Team

Behandlerne arbejder i tværfaglige team på ca. 10 medarbejdere, der hver især er kontaktperson til og vil have ansvar for et fast antal patienter på ca. 10 (case-load). Det betyder, at et team typisk vil have fælles ansvar for og betjene ca. 100 personer. Teamet har det endelige ansvar for al behandling og støtte, ideelt set også for indlæggelse og udskrivningstidspunkt fra psykiatrisk afdeling og for flest mulige af de sociale ydelser.

Varighed

Tilbuddet er principielt vedvarende, så længe behovet består.

Behandling

OP-teamet foretager medikamentel behandling, støttende samtaleterapi, rehabilitering, revalidering og social støtte. I de 30 år, der er gået siden organisationsformen opstod, er nogle af behandlingselementerne blevet udviklede og forfinede, og det bør være disse som inkorporeres i teamets arbejde med de deraf følgende ressourcebehov. Det drejer sig om metoder som færdighedstræning (social skills training), psykoeducation, familiestøtte/-terapi og tidlig intervention.

24-timers beredskab.

Et af kravene til teamet er 24-timers beredskab. Dette løses konkret i H:S/Københavns Kommune som beskrevet i kapitel 4.3.

4. OPSØGENDE PSYKOSETEAMS I H:S OG KØBENHAVNS KOMMUNE

H:S og Københavns Kommune etablerer 4 OP-teams i distrikterne Sundby Syd, Sundby Nord, Bispebjerg og Indre Nørrebro. Nedenfor beskrives de konkrete forhold.

Etableringen af de 4 OP-teams ledsages af en evaluering. Kapitel 4 beskriver forhold, som vil være gældende ved etableringen. Disse forhold kan derfor på længere sigt ændres iht. evalueringens resultater. Beskrivelsen af evalueringen findes i kapitel 7.

4.1 Population og målgruppe

Målgruppen for OP-teams er patienter der opfylder følgende kriterier og som selv ønsker at deltage i dette tilbud:

- ❖ I aldersgruppen 18 – 65 år
- ❖ Med bopæl i de fire bydele i H:S' optageområde, hvor opsøgende psykoseteam indføres
- ❖ Som tilhører målgruppen
 - Og kan diagnosticeres med en af følgende svære sindssygdomme:
 - Skizofreni
 - Paranoid psykose
 - Skizoaffektiv psykose
 - Bipolær affektiv psykose
 - Herudover skal patienterne i indsatsgruppen opfylde mindst et af følgende kriterier:
 - Mindst 4 indlæggelser inden for de sidste 2 år - eller
 - Mindst 50 indlæggelsesdage indenfor de sidste 2 år - eller
 - En bidiagnose med misbrug – eller
 - Ustabil i forhold til behandlingen (udeblevet fra mindst 25% af ambulante aftaler, afsluttet uplanlagt fra 25% af indlæggelserne, undlader at tage den ordinerede antipsykotiske medicin i mindst 25% af tiden) - eller
 - Kan vanskeligt udnytte distriktspsykiatriens tilbud - eller
 - I fare for at miste sin bolig – eller
 - Tilhører den diagnostiske målgruppe og er i kontakt med den praktiserende læge, socialforvaltning eller andre instanser, men som ikke tidligere kunne motiveres for, eller har magtet at søge psykiatrisk hjælp – eller som ikke har kunnet etablere kontakt grundet hyppigere flytninger eller hjemløshed

I etableringsfasen indgår ikke patienter med dom til psykiatrisk behandling i henhold til straffelovens paragraf 16. Begrundelsen er, at disse patienter har en særlig retsstilling og ofte vil være tilknyttet kriminalforsorgen, som også har en opsøgende funktion.

Patienter med igangværende metadonbehandling indgår heller ikke i etableringsfasen, da disse frembyder særlige behandlingsmæssige problemstillinger, som i dag i det væsentlige håndteres på specialambulatoriet på SHH, afd. M, Øresundshospitalet.

4.2 Teamets samlede opgaver

I ACT-modellen anerkender man alvoren i patienternes sygdom og samtidig kompenserer man og hjælper dem med at finde sig til rette i det sociale fællesskab i normalsamfundet. Deres ret til at være fuldgældige medlemmer af samfundet støttes og fastholdes. Hjælpen er ikke tidsbegrænset og patienterne overlades ikke til at klare sig på egen hånd. Værktøjet er assertiviteten og udtryk for en behandlingsfilosofi om at ansvaret for opretholdelsen af kontakt, og dermed for at behandling og støtte rent faktisk finder sted, ligger i teamet og ikke hos patienterne. I praksis viser dette sig ved at de tilmeldte patienter opsøges i teorien ubegrænset, hvis kontakten er ved at svigte. Hvor den traditionelle psykiatriske behandling grundlæggende er et tilbud, hvor den psykisk syge selv må opsøge behandleren, så er OP-teamet opsøgende og fastholdende i sin behandlingsform – med respekt for den gældende lovgivning.

Denne særlig arbejdsmetode relateres i en mere konkret form som arbejdsopgaver med udgangspunkt i OP-teamets ansvarsområder:

Ansvarsområder

Kontaktpersonen (se *stillingsbetegnelse*) behandler patienten i lokalmiljøet med en assertiv tilgang (se kapitel 3). Kontaktpersonen har ansvaret for udførelsen af nøgleområderne:

1. At vurdere patienten grundigt (herunder psykopatologien) for at bedømme hvilke færdigheder og ressourcer teamet må hjælpe patienten med for at opnå stabilitet og livskvalitet, samt være opmærksom på patientens positive ressourcer. Herefter bedømmes behov for psykofarmaka, træning i sociale færdigheder, bolig og indtægt.
2. At udvikle en omfattende behandlingsplan/social handleplan for at imødekomme de behov, der blev identificeret i evalueringen. Der skal skræddersyes et program til individuelle behov.
3. At vurdere patienternes behandlingsbehov hyppigt og være i stand til at ændre behandlingsplanen om nødvendigt. Støtten skal afpasses efter patientens behov.
4. At tilbyde kriseberedskab 24 timer dagligt og at udarbejde en kriseplan.
5. At være i stand til at intervenere direkte og/eller ved behov samarbejde med krise-stabiliserende instanser.
6. At engagere og arbejde aktivt med at etablere og udvikle patientens netværk i bred forstand (familie, naboer, arbejds- og fritidskontakter).
7. At sørge for at alle de nødvendige tilbud (såvel sociale som medicinske) tilvejebringes: så mange som muligt direkte i teamet, resten skaffes eksternt. Teamet vurderer om eksterne tilbud fungerer tilfredsstillende. Udgangspunktet er, at patienten har ret til at deltage i normalsamfundets tilbud og er en medborger, der kan have brug for støtte for at kunne håndhæve sine rettigheder.
8. At tilbyde service i lokalmiljøet, dvs. ved hjemmebesøg eller i lokalområdet.
9. At forestå kontakten med patienten gennem samtaler mindst en gang ugentligt, i kritiske perioder hyppigere.

Supplerende til kontaktpersonens ansvarsområder har teamet ansvaret for gate-keeper-funktionen (som varetages af lægen) og koordineringen af den sociale handleplan (som varetages af socialrådgiverne).

Ad 1 (grundig vurdering af psykopatologi og behandlingsbehov): Praktisk talt enhver patient, som betjenes af et OP-team, behandles med antipsykotisk medicin, der har bivirkninger. Kontaktpersonen skal derfor besidde en nødvendig faglig viden, som skal til for at observere symptomer og bivirkninger. Det samme gælder de sociale færdigheder

og ressourcer, som patienten måtte have eller mangle. I den sammenhæng benyttes tilgængelige evalueringsskemaer (GAF-skala, UKU-skala, CAN-skalaer etc.) som værktøj. Flere personalegrupper har den nødvendige faglige viden og kan bidrage med intern undervisning om eksempelvis antipsykotisk medicin mht. virkning og bivirkninger.

Ad 2 (behandlings/handlingsplan): Den sociale handleplan (jf. Serviceloven) og behandlingsplanen (jf. Psykiatriloven) er dispositions-mæssigt næsten sammenfaldende og vigtige tværfaglige redskaber i imødekommelsen af de behov, som blev identificeret i evalueringen. De er også redskaber, når der arbejdes med kontinuitet i forhold til behandlingsforløb og sociale støtteforanstaltninger. Planerne er et entydigt informationsværktøj, der samler de aktuelle beslutninger i en overskuelig form og skaber klarhed såvel i kontakten til patienten, til pårørende, internt i teamet og i forhold til samarbejdspartnere. Det er kontaktpersonens ansvar regelmæssigt at revurdere en eventuel eksisterende behandlingsplan eller social handleplan eller at indsamle de nødvendige oplysninger til en ny plan og at nedskrive denne i tæt samarbejde med patient, pårørende og det øvrige team. Med hensyn til kompetencen til håndtering af behandlingsplanen ligger denne i teamet, med hensyn til kompetencen til udfærdigelse af social handleplan vil denne i videst muligt omfang befinde sig samme sted.

Ad 3 (revurdering af behandlingsplanen): Det er kontaktpersonens ansvar at vurdere patienternes tilstand og behandlingsbehov – og løbende at revurdere og justere og journalføre behandlingsplanen sammen med patienten, teamet og de pårørende.

Ad 4 (Kriseberedskab 24 timer dagligt): Dette beredskab løses som et kompromis på følgende måder:

- På hverdage har teamet en *åbningstid* fra kl. 09.00-18.00. Kontaktpersonernes primære *arbejdstid* er fleksibel og planlægges i teamet således, at flest muligt er til stede ved det daglige planlægningsmøde og herudover i videst muligt omfang efter patienternes behov
- Kontaktpersonerne skal være indstillet på at arbejde med flekstid – dels inden for ovenfor anførte åbningstider, dels på andre tider (eksempelvis om aftenen).
- Den enkelte kontaktpersons mobiltelefons telefonsvarer aflyttes af den pågældende næste morgen – og kan i weekend via teknisk hierarki omstilles til fælles telefonsvarer.
- I weekenden (lørdag eller søndag) er der to teammedlemmer på arbejde i 6 timer medbringende åben mobiltelefon, hvor der som udgangspunkt arbejdes med planlagte hjemmebesøg (dvs. ikke på fælles kontor) svarende til betingelserne for døgnhjemmeplejen.
- Der bør herudover være mulighed for at henvise til psykiatriske skadestuer, den psykiatriske udrykningstjeneste, den sociale døgnvagt etc.

Kontaktpersonen har en særlig opgave i sammen med patienten og pårørende at udfærdige en kriseplan for, hvad der i den konkrete situation kan gøres i krisetilfælde uden for teamets åbningstider såvel i socialt som i privat regi.

Ovenstående er et kompromis mellem ønsket om 24-timers beredskab, de personale-ressourcer der er til rådighed, og et ønske om at støtte patienten i en deltagelse i lokalsamfundets aktiviteter i dagtiden, når disse finder sted.

Ad 5 (Krisestabiliserende instanser): Når man arbejder langsigtet med regelmæssig kontakt med patienten og dennes netværk skabes en tættere kontakt mellem kontaktperson og patient end ved traditionel distriktpsychiatri. Personale, patienter og familie vil lettere og hurtigere lægge mærke til, om patientens symptomer vender tilbage, hvilket

er afgørende for tidlig indgriben og regulering af medicinen. En krisesituation opstår derfor sjældnere og er måske en væsentlig forklaring på den nedgang i indlæggelsesbehov, man har set i andre lande. Men når krisen indtræder, er det kontaktpersonens ansvar at tage initiativ til at intervenere i samarbejde med teamet, patientens netværk og de socialpsykiatriske og behandlingsmæssige tilbud, der i øvrigt findes i nærmiljøet.

Ad 6 (netværksarbejde): "Oplæring i at leve i lokalsamfundet" (TCL) var navnet på det oprindelige ACT-program. Princippet er fortsat integreret i ACT-programmet og baserer sig primært på en vurdering af mangler ved patientens evne til at klare sig og af, hvad der kræves for, at vedkommende kan begå sig i lokalsamfundet. Ved at være fysisk til stede i patientens hjem og lokalområde oplærer og bistår kontaktpersonen ham i hverdagens praktiske gøremål f.eks. vask, indkøb, madlavning, restaurationsbesøg, personlig hygiejne, budgetlægning og brug af offentlig transport. Derudover bliver patienterne ved en vedvarende og intensiv indsats hjulpet til at finde et job eller en beskæftigelse i eksempelvis et beskyttet værksted, hvor kontaktpersonen opretholder en hyppig kontakt til patienterne og disses vejledere eller arbejdsgivere for at hjælpe med til at løse problemer på arbejdspladsen/aktiviteten. De vejledes i en konstruktiv brug af fritiden og i at udvikle effektive sociale færdigheder. De tilskyndes også til at engagere sig i lokalsamfundets fritidsaktiviteter og andre sociale aktiviteter. Der drages fordele af patienternes stærke sider frem for en fokusering på sygdommen.

Ad 7 (eksterne tilbud): Udgangspunktet er, at patienten har ret til at deltage i normalsamfundets tilbud og er en medborger, der kan have brug for støtte for at kunne håndhæve sine rettigheder. Der skal etableres en kontakt på patientens præmisser til at skabe struktur i hverdagen ved at støtte denne til at udføre praktiske opgaver, så som fjernelse af affald, oprydning eller lignende. Helt konkret skal kontaktpersonen være initiativtagende og fleksibel og være i stand til at bruge en karklud. Via en dialog og opbygningen af et tillidsforhold gøres patienten i stand til at håndtere et hverdagsliv på egne præmisser – så tæt på det normale som muligt. Det er også vigtigt at patienten kan bruge de tilbud, som social- og sundhedsvæsenet tilbyder – såvel hjemmeplejen som egen læge. For distriktspsykiatriens vedkommende tænkes på de tilbud, som teamet ikke har, såsom centrene's dagtilbud.

Ad 8 (Service i lokalmiljøet): På basis af et indgående kendskab til lokalmiljøet arbejder kontaktpersonen i patientens nærmiljø tæt på netværk, arbejdsgiver, boligforening, naboer mv. Tilgængeligheden i modellen betyder ikke kun, at patienten kan opsøge teamet, men også at kontaktpersonen aktivt gør sig tilgængelig ved vedvarende at opsøge hjem og tilholdssted og fastholde kontakten. Denne vedvarende, opsøgende og fastholdende måde at arbejde på – af og til imod patientens udtalte ønske – er tankevækkende og en etisk udfordring for kontaktpersonen. Her vægtes patientens ret til at sige fra, sige nej til kontakt med udgangspunkt i respekten for individets selvbestemmelsesret – individets autonomi. Denne problemstilling er ikke ny og i nogen udstrækning velkendt i H:S´ distriktspsykiatri og FAF´s støtte- og kontaktpersonsordning. Det er et oplagt tema og dilemma, som kræver personlig modighed og ansvarlighed med udgangspunkt i undervisning, supervision og faglig vejledning i teamet. Det er kontaktpersonen, som udmønter assertiviteten konkret med respekt for den gældende lovgivning på baggrund af en vurdering i teamet.

Ad 9 (Patientsamtaler): Kontaktpersonen arbejder aktivt problemløsende. Patientens problemer løses sammen med – af og til for - denne. Kontakten mellem patient og kontaktperson kan forstås som en terapeutisk relation, men kontaktpersonen er ikke "psykoterapeut" i klassisk forstand. Kontaktpersonen indarbejder det terapeutiske aspekt i

sin kontakt med og praktisk hjælp til patienten. Samtalernes frekvens er hyppige og indstilles efter patientens aktuelle behov.

Ad gate-keeper-funktionen: Teamet uddelegerer ansvaret for gate-keeper-funktionen til teamets læge. Den indebærer en ind- og udskrivningsret og –pligt, samt ansvaret for den løbende evaluering af behandlingen under indlæggelse. Gate-keeperen får herved en væsentlig koordinationsfunktion. Dette arbejde foregår i tæt samarbejde med teamet og sengeafdelingen.

Ad koordineringen med / varetagelsen af den sociale handleplan: Der er flere muligheder for, hvor snitfladen mht. ansvar/kompetence mellem OP-team og FAF skal gå. Det vides fra udenlandske erfaringer, at gate-keeper-funktionen er essentiel mht. nedbringelse af indlæggelsesbehovet. Man kan derfor med stor sandsynlighed forvente, at placeringen af mest mulig kompetence hos teamets socialrådgivere mht. lønsum og personydelse vil kunne højne effektiviteten af OP-teamets indsats. Som anført i *Ad 5* vil ansvaret for udfærdigelse af social handleplan være en et vigtigt omdrejningspunkt for kompetence over for og koordinering af de sociale tilbud.

Teamets kompetence

Arbejdet i OP-teamet tilrettelægges tværfagligt, hvilket indebærer at flere faggrupper bidrager såvel til fællesopgaven at være kontaktperson som til mere fagspecifikke opgaver. Alle faggrupper optræder som konsulenter i forhold til de øvrige ved det daglige gruppemøde. Arbejdet er meget selvstændigt og jævnlige må kontaktpersonen handle pr. konduite. I disse situationer må kontaktpersonen via sin egen dømmekraft vurdere, om den pågældende handling føres ud i livet på stedet og senere cleares med teamet – eller om beslutningen kan udskydes indtil denne clearing har fundet sted. Ved visitationen til den enkelte kontaktperson vil der blive taget hensyn til dennes faglige baggrund, men hver behandler er ansvarlig for at inddrage de andres viden i tilrettelæggelsen af den samlede behandling.

Da der ønskes en optimal og effektiv service af denne gruppe af psykisk syge bør teamet have den størst mulige kompetence. Derfor er FAF indstillet på at overføre teamet (og dermed H:S) retten til udbetaling og administration af flest mulige af de sociale ydelser, som i forvejen er tildelt. Dette kræver den enkelte borgers godkendelse. En sådan ordning indebærer, at teamet skal forestå handleplansarbejdet samt opfølgning. Teamet kan tildeles bemyndigelse og budgetansvar dertil.

Budgettet tildeles efter de budgetfordelingskriterier, der er gældende i FAF. Det er vigtigt at de socialfaglige ydelser kan varetages af OP-team, da netop disse ydelser indgår i de konkrete bestræbelser på at bringe den enkelte bruger tilbage til en så normal tilværelse som muligt.

Samme kriterier er gældende vedrørende puljejob, aktivering, flex- og skånejobs m.m., indstilling til Voksenteam om rejsning af førtidspensionssag og indstilling til Voksenteam om bevilling af revalideringsydelse. Hvor der indstilles skal Voksenteam agere straks og er indstillingen fagligt og sagligt set korrekt, bør indstillingen godkendes og bevilges. Formen for godkendelse og bevilling finder sted ved et møde, hvor de relevante implicerede parter deltager.

Af særlige problemstillinger i området mellem teamet og FAF kan nævnes:

- Hjælp til selvhjælp vedrørende pasning af eget hjem samt daglig husførelse mv. Dette er en del af teamets opgaver og er en del af rehabiliteringsmålet.
- Alle sygeplejeopgaver dækkes af OP-teamet selv.
- Rengøringsopgaver mv. bør normalt kunne dækkes af teamet selv eller ved en mindre budgettildeling udmålt efter de gældende budgetfordelingskriterier for

hjemmeplejen i Voksenteam. Teamet kan af budgettet købe rengøringsydelse enten i Voksenteam eller privat.

Bemyndigelser fra FAF, som ikke overføres til teamet:

- Tillkendelse og forhøjelse af pension
- Førstegangstildeling af overførselsindkomster (kontanthjælp, dagpenge, boligstøtte mm.)
- Bevilling af revalideringsydelse
- Boliganvisning

FAF forestår en udredning af de faktiske forhold ved udlægning af disse opgaver og der nedsættes et udvalg til konkretisering af ovennævnte aftaler mellem H:S og FAF.

Visitation

Visitationen er et vigtigt nøglepunkt i samarbejdet mellem social- og sundhedssektor – og opsøgende psykoseteam. Den forberedes som hidtil efter tværfaglige principper og varetages af den psykiatriske speciallæge ved regelmæssige formaliserede møder med teamchefen og overlægen ved det distriktspsykiatriske center. Kompetencen ved visitationsmøderne deles ligeligt mellem de tre parter. Den distriktspsykiatriske overlæge repræsenterer i denne sammenhæng hospitalssektoren og teamchefen på samme vis den sociale sektor.

Gate-keeper-funktionen indebærer en ind- og udskrivningsret og –pligt, samt ansvaret for den løbende evaluering af behandlingen under indlæggelse. Gate-keeperen får herved også en væsentlig koordinationsfunktion. Gate-keeperen arbejder ikke autonomt, men i tæt samarbejde med sit team og med afdelingen. Tilsvarende gælder socialrådgiveren, som har en særlig kompetence i det sociale system (se kap. 4.3).

4.3 Samarbejde og sammenhæng i eksisterende tilbud

En af teamets opgaver er at etablere kontakt mellem patienterne og såvel de sundhedsfaglige behandlingstilbud som samværs- og aktivitetstilbud inden for socialpsykiatrien.

I H:S koordineres der med sengeafsnit (lukkede og åbne afsnit) i København og på Sct. Hans Hospital, med psykiatriske skadestuer, med distriktspsykiatriske centre og med den psykiatriske udrykningstjeneste.

I Københavns kommune koordineres der med Københavns Kommunes voksenteam, botilbud, undervisningstilbud og samværs- og aktivitetstilbud.

Såvel i som uden for teamets åbningstid skal samarbejdet til og koordinationen med socialpsykiatrien udvikles og udbygges. Der er forskelligheder bydelene imellem med hensyn til bl.a. åbningstider (se bilag og *Tilbud til psykisk syge i Københavns og Frederiksberg kommuner – 2000*).

Overalt er der mellem kl. 16 – 8.00 på hverdage og døgnet rundt på lørdage og søn- og helligdage i yderste konsekvens mulighed for via lægevagten at tilkalde den psykiatriske udrykningstjeneste. Distriktspsykiatrien modtager i forvejen skadejournal kopi, når pågældende bydels borgere har været i kontakt med tjenesten. Denne service vil kunne udvides til også at omfatte opsøgende psykoseteam.

Der kan etableres en samarbejdsrelation med den sociale døgnvagt.

Hvad angår de mange specifikke socialpsykiatriske tilbud, disses åbningstider etc. henvises til mere uddybende beskrivelser i bilag.

4.4 Betydning for den sociale sektor og brugerne

Betydning for den sociale sektor

Den forventede konsekvens af opsøgende psykoseteams i form af nedlæggelse af sengepladser på længere sigt og udflytning til og støtte til at flere psykisk syge kan være i eget hjem, er et øget behov for nogle af sociale sektorens tilbud. Det øgede behov forventes især at berøre kommunale botilbud: bofællesskaber, solistboliger og boliger gennem den sociale boliganvisning. Endvidere forventes større behov for støtte i egen bolig, dagtilbud, beskæftigelse og forsørgelse. Omvendt forventes et mindre behov for døgndækkede botilbud: bocentre/bosteder. Herudover vil opsøgende psykoseteams indebære ændringer i anvendelsen af personale i voksenteamene, f.eks. sagsbehandlere, hjemmevejledere og hjemmeplejen.

Betydning for brugerne

En del af grundlaget for OP-teamets funktion er den gældende pårørendepolitik. Tilsvarende vil gælde en kommende brugerpolitik. Det er af stor vigtighed at søge at måle betydningen af opsøgende psykoseteams for brugerne. Nogle brugere er skeptiske over for metoden, hvilket stiller særlige krav til evalueringen (se i øvrigt kapitel 8).

4.5 Brugerråd

1. Ved hvert OP-team oprettes brugerråd, som kan bestå af op til 9-10 medlemmer:
 - 4 medlemmer vælges af og blandt patienterne
 - 2 medlemmer vælges af og blandt de pårørende til patienterne
 - 2 medlemmer vælges af og blandt teamets personale
 - teamets ledelse (1-2) er en fast del af rådet
 - Der kan vælges en eller flere suppleanter inden for den pågældende gruppe

Rådets medlemmer vælges for et år ad gangen. Genvalg kan finde sted. Dog ophører medlemskab ved udskrivning eller ophør i øvrigt af behandling, pårørendetilknøytning eller ansættelse ved teamet.

Udtræder et medlem af rådet og ingen suppleant står for tur til at indtræde i rådet, vælges et nyt medlem for den resterende valgperiode.

2. Teamets ledelse drager omsorg for, at der afholdes valg til rådet. Valg af medlemmer finder sted på et patientmøde, hhv. pårørendemøde, hvis afholdelse senest 8 dage forinden er bekendtgjort ved opslag eller på anden hensigtsmæssig måde.

Opstilling af pårørende til valg til rådet forudsætter, at vedkommende patient er indforstået hermed.

Der kan foretages skriftlig afstemning blandt de patienter og pårørende, der er tilstede ved patientmødet, hhv. mødet for de pårørende.

Teamets personale drager selv omsorg for valg af medlemmer til rådet.

3. Rådet afholder jævnlige møder, dog mindst en gang i kvartalet. Indkaldelse til mødet med dagsorden udsendes senest 8 dage forinden.

Rådet vælger en formand og næstformand.

Rådet kan fastsætte sin egen forretningsorden

4. Teamets ledelse yder i øvrigt rådet fornøden vejledning og assistance, således at rådet kan fungere.
5. Rådet kan drøfte alle spørgsmål vedrørende teamet, såfremt det kan ske uden forsinkelser i den daglige drift. Rådet kan ikke drøfte spørgsmål vedrørende enkeltpersoners forhold.

Følgende spørgsmål skal, inden der træffes beslutning herom, forelægges rådet til udtalelse:

- Retningslinier for det almindelige omsorgsarbejde i teamet
- Husregler
- Teamets budget og administration af tildelte midler til teamet
- Planer og funktionsbeskrivelser for de bygningsmæssige forhold, større ændringer i disse samt større inventaranskaffelser til teamet
- Teamets åbningstider

6. Rådet udarbejder en årlig redegørelse for sin virksomhed.

4.6 Ledelsesforhold og personalesammensætning

Ledelse

Teamet ledes af en leder. Denne refererer til H:S, nærmere forstået som afdelingsledelsen/bydelsledelsen på den regionære psykiatriske afdeling efter konkret drøftelse.

En gruppe bestående af ledelsen af det distriktskykiatriske center/afdelingsledelsen for den relevante psykiatriske afdeling i H:S og voksenteamchef/centerchef for det relevante lokalcenter i FAF fungerer som lokal følgegruppe mhp. råd og vejledning for teamets leder. Disse udvælges efter en konkret vurdering i de fire bydele.

Styregruppen på direktionsniveau har fortsat ansvaret for den overordnede opfølgning.

Personalesammensætning

Teamet består af medarbejdere med social og/eller sundhedsfaglig baggrund med erfaring i arbejde med psykisk syge. Arbejdet i opsøgende psykoseteam er selvstændigt præget og ofte opstår en situation, hvor den enkelte medarbejder overlades til at handle per konduite. Dette forudsætter en faglig kompetence og ballast samt en god dømmekraft. Den faglige baggrund skal derfor som minimum være på et mellemlangt videregående niveau.

Fagligheden viser sig ved, at faggruppen/-erne optræder som konsulenter i forhold til de øvrige medarbejdere. Det er vigtigt, at teamet samarbejder med de ressourcer, der er i området, eksempelvis hjemmeplejen eller medicingivning i det lokale distriktskykiatriske center.

OP-teamet bør ideelt rumme følgende faggrupper: psykiatriske speciallæger og psykiatriske sygeplejersker, kliniske psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og socialpædagoger. Desuden skal der være ansat en sekretær.

Den psykiatriske speciallæge, som skal fungere på overlægeniveau, har det lægelige ansvar for behandlingen af alle patienterne. Lægen forestår den psykiatriske og somatiske udredning. Som en særlig rolle har lægen i OP-teamet at være gate-keeper i forhold til den lokale sengeafdeling.

I OP-teamet arbejder teammedlemmerne som udgangspunkt fuldt ligestillede med samme størrelse case load. Det er vigtigt at undgå, at de enkelte faggrupper samler patienter med særlige faglige problemer, således, at der opstår en uensartet case load. Lægen indgår i teamet som eneansvarlig for et antal patienter men er samtidig læge for alle patienterne, hvorfor caseload-begrebet får en anden mening.

Teamet er medansvarlig for, at holde kontinuiteten i behandlingen i alle faser af et behandlingsforløb og i alle behandlingsregier.

Forudsætninger

Det ideelle er, at alle teamets medlemmer er i besiddelse af de egenskaber, som fremmer udførelsen af de nævnte funktionsområder ud fra en fælles personaleidentitet som generalister. Netop det forhold at al behandling sker på stedet (oftest i hjemmet) kræver, at kontaktpersonen besidder de færdigheder, som er nødvendige for at støtte patientens integration i samfundet. Til det formål er personlige egenskaber som tålmodighed, indfølelse, optimisme, overtalelsesevner, pragmatisme, fleksibilitet, god dømmekraft og det at kunne begå sig etisk korrekt som gæst i miljøet afgørende. Denne arbejdsform skaber en tættere kontakt mellem klient og behandler, end det er muligt at opnå gennem kriseintervention eller kortvarig tidsbegrænset støtte. Når man arbejder langsigtet vil personale, klienter og familie lettere og hurtigere lægge mærke til, om patientens symptomer vender tilbage, hvilket er afgørende for tidlig indgriben og regulering af medicinen. Derfor bør kontaktpersonerne være trænedede i omhyggelig observation, de skal være nysgerrige, og de skal være på vagt over for særlige symptomer på sygdommen. Kontaktpersonen skal kunne undervise de øvrige teammedlemmer – man lærer af hinanden – og tilbyde undervisning, vejledning og støtte til de sindslidende og deres familier.

Stillingsbetegnelse

Medarbejderne i teamet har en faglig baggrund (se *forudsætninger*), som betyder, at de som udgangspunkt har en faglig stillingsbetegnelse (psykiatrisk sygeplejerske, socialrådgiver, psykiatrisk speciallæge, klinisk psykolog, ergoterapeut, fysioterapeut eller socialpædagog). I forhold til patienterne vil stillingsbetegnelsen være: *kontaktperson*. Denne refererer til teamets leder.

Organisatorisk placering

OP-teamet er i sin grundidé et integreret psykiatrisk behandlings- og støttetilbud. Teamets leder referer til bydelsledelsen/afdelingsledelsen på den regionære psykiatriske afdeling i H:S. Gate-keeper-funktionen indebærer en nytænkning mht. kommunikationslinier mellem den ambulante psykiatri og sengeafdelingerne.

4.7 Uddannelse og supervision

En personlig eksponering i forhold til meget komplekse sociale og psykologiske problematikker indebærer ofte en meget ensom position i det daglige arbejde. Denne vanskelige og sammensatte opgave som det er at behandle personer med langvarige sindslidelser under disse omstændigheder forudsætter, at personalet indledningsvis uddannes grundigt. Der kræves en faglighed der er i stadig udvikling, hvorfor der også løbende skal være tilbud om uddannelse og endelig adgang til at drøfte specifikke problemer og cases med supervisorere. Det er derfor vigtigt at få adgang til uddannelsesmidler som er afsat specielt til OP-uddannelsen og supervision.

Uddannelsen kan tilrettelægges som flere hele dage med intensiv undervisning forud for igangsætningen af projektet, periodiske opfølgingskurser, supervision via telefonmøder med OP-eksperter og supervision på stedet af en OP-ekspert. Pga. det store ansvar og de etiske problemstillinger der er knyttet til arbejdet i patientens eget hjem (under hensynstagen til borgerens retssikkerhed) bør medarbejderen også i denne henseende kontinuerligt have vejledning. Der bør desuden finde en justering af arbejdsform og holdning sted i forhold til målsætningen for opsøgende psykoseteam.

4.8 Placering og lokalebehov

Arbejdsgruppen har drøftet, hvor OP-teams kan/bør placeres, og hvilke lokalebehov, det enkelte team må forventes at have.

En oplagt placering er i eller i nær tilknytning til de distriktspsykiatriske centre, idet dette dels vil muliggøre et vist lokalefællesskab (mødelokaler, samtalerum, køkken, toilet mv.), dels vil muliggøre en vis personalemæssig overlapning i forbindelse med ferie, sygdom mv. Placering i tilknytning til psykiatrisk stamafdeling gør det muligt at opnå samme fordele, men kan af andre grunde (nærhedsprincippet) ikke anbefales. Som alternativ til indplacering i de distriktspsykiatriske centre kan OP-teamene placeres i eller nærvæd lokalcentrene i FAF.

Arbejdsgruppen anslår, at det enkelte team som minimum har behov for følgende lokalefaciliteter:

- 1 kontor til lederen
- 1 kontor til sekretæren
- 1 konference-/møderum til 10 personer (evt. stort lederkontor)
- 1-2 lokaler til øvrige medarbejdere (9 arbejdspladser)
- 1 samtalerum
- 1 toilet

Nettobehovet vil som nævnt afhænge af mulighederne for at etablere teamene i eller i umiddelbar tilknytning til eksisterende lokaler. De nuværende/kommende distriktspsykiatriske centre giver følgende muligheder:

Amager Nord/Distriktspsykiatrisk Center Lyongade

Distriktspsykiatrisk Center i Lyongade er aktuelt et dobbeltcenter, der dækker hele H:S-delen af Amager. I forbindelse med etablering af nyt distriktspsykiatrisk center på Kirkegårdsvej rømmes en del af centeret. Dette giver umiddelbart en mulighed for indplacering af et opsøgende psykoseteam. Udflytningen af den ene del af centeret forventes

gennemført inden udgangen af 2001, hvorefter indretningen til OP-teamet kan påbegyndes.

Amager Syd/Distriktskykiatrisk Center Kirkegårdsvej

H:S er i færd med at etablere nyt distriktskykiatrisk center på Kirkegårdsvej, jf. ovenfor. Indretning mv. sker i forventning om indflytning af et opsøgende psykoseteam. Det nye center forventes færdiggjort ultimo 2001.

Bispebjerg bydel/Distriktskykiatrisk Center Møntmestervej

Distriktskykiatrisk Center på Møntmestervej er placeret i et lejemål, der dækker 3 funktioner: distriktskykiatrisk center, OPUS-projektet og gerontopsykiatrisk daghospital. Det er næppe muligt at indplacere et opsøgende psykoseteam i den geografi, der aktuelt er til rådighed for det distriktskykiatriske center. Det kan derfor overvejes at flytte en af de øvrige funktioner. Alternativt må det overvejes at placere teamet i nyt lejemål.

Indre Nørrebro/Distriktskykiatrisk Center Møllegade

Distriktskykiatrisk Center i Møllegade er placeret i en selvstændig bygning beliggende i De Gamles By. Bygningen ejes af H:S. Der skønnes ikke at være plads til indflytning af et OP-team som derfor må forventes at skulle placeres i nye lokaler, der fremskaffes til formålet.

4.9 Økonomi

Arbejdsgruppen har i henhold til kommissoriet udarbejdet et overslag over driftsbudget til et opsøgende psykoseteam. Overslaget er baseret på følgende forudsætninger:

- Hvert team består af 10 personer sammensat af de personalekategorier, der er beskrevet i kapitel 4.2. Hertil kommer en sekretær.
- S sammensætningen kan variere mellem de enkelte teams, idet der dog som udgangspunkt ikke forudsættes mere end 1 læge, 1 psykolog og 1 sekretær per team.
- For at sikre teamets dækning af alle opgaver døgnet rundt forudsættes det, at medarbejderne aflønnes i henhold til særlige rammeaftaler, som skal forhandles med de faglige organisationer – og at den nødvendige fleksibilitet i arbejdstid mv. aflønnes ved et fast, personligt tillæg.
- Hvert team forudsættes at råde over et beløb til efter- og videreuddannelse.
- Ligeledes er det forudsat, at hvert team råder over et beløb til ekstern supervision.
- Der skal afsættes midler til befordring. Nogen befordring vil formentlig skulle foregå pr. taxa, men en stor del af befordringen må antages at komme til at foregå per cykel eller ved anvendelse af offentlige transportmidler.
- Der skal afsættes midler til telefon idet det forudsættes, at hver medarbejder udstyres med mobiltelefon.
- Der skal desuden afsættes midler til husleje i det omfang et team ikke kan indplaceres i allerede lejede/ejede lokaler (jf. kapitel 6).
- I overslaget indgår ikke udgifter til medicin, men det forudsættes, at hvert team får eget medicinbudget. Det forudsættes imidlertid samtidig, at dette samlet vil være udgiftsneutralt for H:S, idet de samlede medicinudgifter ikke forventes at stige som følge af etableringen af opsøgende psykoseteams. Medicinbudgettet til de enkelte teams vil derfor fremkomme ved omplacering fra andre udgiftssteder.

Under hensyntagen til ovennævnte forudsætninger er det arbejdsgruppens vurdering, at bruttodriftsudgiften ved drift af et opsøgende psykoseteam på helårsbasis ikke vil overstige de 5 mio. kr., der var forudsat i forbindelse med H:S Direktionens beslutning om etablering af 4 OP-teams. Heri indgår som udgangspunkt ikke etableringsudgifter (ombygning, inventar, annoncering m.v.).

Til ovennævnte kommer desuden udgifter til gennemførelse af evalueringsprojektet. Udgiften vil afhænge af hvilken evalueringsmodel der besluttes, jf. kap. 8.

Arbejdsgruppen anbefaler i øvrigt, at det enkelte team tillægges eget budget.

5. EVALUERING AF OPSØGENDE PSYKOSETEAMS I H:S OG KØBENHAVNS KOMMUNE

OP-teams er en nyskabelse i dansk sammenhæng og der er behov for en dansk undersøgelse af dens effekt, selv om metoden i internationale undersøgelser er velundersøgt. I Danmark er det sociale system mere udbygget end i de lande, hvor tidligere undersøgelser af OP-team har fundet sted. Der er derfor brug for at belyse om metodens ved indførelse i Danmark indebærer de vigtige sociale gevinster (beskæftigelse og bolig), som er beskrevet i udenlandsk litteratur. OP-teams vil gribe ind i den måde behandling og støtte sædvanligvis ydes. Der er behov for en undersøgelse af hvorledes denne organisatoriske nyskabelse indpasses i den allerede eksisterende organisation og hvorledes de involverede brugere og deres pårørendes situation påvirkes.

Design.

Med hensyn til effekten af indførelse af OP-team for de involverede brugere/ klienter/ patienter foreslås gennemført en individbaseret undersøgelse.

Effekten måles på en række forhold, der dels kan belyses fra en række statistiske data, dels fra behandlernes registreringer af oplysninger og endelig ved interview gennemført af personer, der er uafhængige af behandlingsindsatsen. De forhold, som man ønsker belyst er sociale forhold, fastholdelse i behandling og evne til at klare sig, samt tilfredshed med den ydede service.

For at få denne viden må der etableres en sammenlignede undersøgelse mellem de fire distrikter, der får etableret OP-team målt over for fire parallelle distrikter der yder behandling og sociale ydelser som hidtil.

Der er tale om en undersøgelse, som kan gennemføres på forskellige intensitetsniveauer. Hvilket intensitetsniveau man vælger afhænger hvilke forhold man ønsker belyst samt ressourcemæssige overvejelser:

1. På det det enkleste niveau kan undersøgelsen hvile alene på registerdata. Dette vil give en begrænset og overvejende medicinalstatistisk viden om virkningen, såsom brug af psykiatrisk service og brug af særlige botilbud, botilbud gennem boliganvisningen, støtte i egen bolig, beskæftigelse og forsørgelsesydelse.
2. På et noget mere intensivt niveau kan benyttes såvel registerdata som data der indsamles af behandlerne. Dette vil give en mere detaljeret viden om de enkelte patienters forhold og virkningen hos disse.
3. Endelig kan vurderingen på et tredje og mest intensive niveau hvile på en kombination af registerdata, behandlerregistrerede data og data indsamlet af undersøgere, der er uafhængige i forhold til behandlingen. På dette niveau vil kunne opnås beskrivelser af såvel patienternes som de pårørendes tilfredshed, af livskvalitet, samt af en række andre data vedrørende funktionsevne.

Behandlingen i OP-team vil på alle tre intensitetsniveauer blive sammenlignet med standardbehandlingen i distrikter, hvor der ikke er etableret OP-team.

Undersøgelsen bør tilrettelægges således, at der er mulighed for sammenligning med OP-team som etableres i henholdsvis Sønderjyllands og Storstrøms Amter.

Uafhængig af hvilket niveau der vælges skal undersøgelsen finde sted dels ved igangsættelse af OP-team dels efter to år. Dette tidspunkt er valgt fordi resultaterne først for alvor vil kunne slå igennem på dette tidspunkt.

Population

I undersøgelsen inkluderes klienter/ patienter efter samme kriterier som ved visitation til OP-teams, jf. kap. 4.1.

Klienterne/patienterne i kontrolgruppen skal opfylde ens kriterier. De udvælges ved en konkret vurdering på samme måde som patienterne der er målgruppe for de opsøgende psykoseteam.

Før starten på OP-team skal der gennemføres en kortlæggende forundersøgelse vedrørende belastningsgrad af forskellige bydele, som gennemgås med henblik på at udvælge egnede kontroldistrikter.

Evaluering.

Ved start af behandlingsforløbene skal fastlægges en række forhold herunder diagnosen(erne), sygdomsvarighed, motivation for behandling, samlivsforhold, civilstand, boligforhold, forsørgelse, beskæftigelse, kriminalitet, grad af misbrug og social funktions-evne. Denne dataindsamling kan pålægges lægen, som er ansat i teamene, men i standardbehandlingen må der tilføres kapacitet for at kunne gennemføre denne ganske omfattende dataindsamling. Det vurderes at det er nødvendigt med tilførelse af et årsværk for at gennemføre individbaseret undersøgelse ved behandlingens start.

Efter to år fremskaffes oplysninger via tilgængelige registre om følgende forhold:

Registerbaserede oplysninger (første niveau)

- Psykiatriske indlæggelser, indlæggelseslængde og ambulante ydelser
- Kriminalitet
- Andre kontakter med sundhedssektoren såsom egen læge og det somatiske sygehusvæsen
- Botilbud til psykisk syge, botilbud gennem boliganvisningen, støtte i egen bolig
- Forsørgelse: pension, anden forsørgelse, andre sociale ydelser.
- Beskæftigelse
- Selvmord

Behandlerregistrerede oplysninger (andet niveau)

Ved at bede behandlerne registrere en række forhold vedr. patienterne kan følgende belyses:

- Fastholdelse i behandling
- Grad af misbrug af forskellige rusmidler
- Beskæftigelse
- Boligforhold
- Psykofarmakologisk behandling og bivirkninger
- Anden behandling
- Selvmordsforsøg
- Samlivsforhold og civilstand
- Hjemmeboende børn
- Benyttelse af væresteder, natcafé, døgnrådgivning

- Ressourceforbrug, anvendelse af personale fordelt på faggrupper: hjemmevejledere, sagsbehandlere, hjemmepleje.

Uafhængige interviewere (tredje niveau)

Ved at ansætte uafhængige interviewere kan samme forhold belyses og herudover vil der være mulighed for at registrere:

Brugertilfredshed

- Brugernes oplevelse af koordinationen mellem sektorerne
- Brugernes oplevelse af "behandling i eget hjem"
- Brugernes vurdering af personalet, f.eks. kompetence, tilgængelighed
- Brugerindflydelse – graden af indflydelse på egen behandling/støtte/omsorg
- Pårørendes belastning og tilfredshed
- Bolig, beskæftigelse, fritid
- Misbrug
- Socialt netværk
- Livskvalitet
- Tilfredshed med egen situation.
- Social funktionsevne
- Behovsanalyse

Forudsætninger for gennemførelse

Omfang:

Der indgår i alt 8 områder med hver ca. 100 patienter dvs. i alt 800 patienter. Der er ca. 100 personalemedlemmer involverede.

Tidsplan:

Der skal forberedes udvælgelse af målgruppe. Dataindsamlingen skal forberedes. Basisdata skal indhentes. Dette må forventes at tage 6 mdr.

Uanset hvilket af de tre niveauer der vælges, er det nødvendigt at ansætte to eller tre Ph.D.-studerende til at styre tilrettelæggelse og selve dataindsamlingen.

Den viden man indhenter på niveau 1 er rent medicinalstatistisk og vil kun give meget sparsomme oplysninger til brug for en senere justering af modellen.

Niveau 2 kræver en tæt styring fra forskerne, idet mange behandlere skal involveres til udfyldelse af skemaer, og der vil helt forudsigeligt opstå misforståelser og forglemmelser vedrørende udfyldelsen af skemaer.

Hvis niveau 3 vælges, skal der ansættes uafhængige interviewere. Disse kan eksempelvis være særligt trænede sygeplejersker, socialrådgivere eller andre. Hvis niveau 3 gennemføres som interviews med en stikprøve på for eksempel 300 blandt patienterne, kan dette formentlig gennemføres på et årsværk, hvis de Ph.D.-studerende også gennemfører nogle interviews. I fuld skala med opfølgingsinterview efter 2 år af alle 800 patienter kræves ca. 800 arbejdsdage, hvilket svarer til ca. 3½ årsværk. Specielt hvis man ønsker at belyse brugernes vurderinger af behandlingen er niveau 3 nødvendigt.

De Ph.D.-studerende vil i et vist omfang selv kunne bidrage til selve dataindsamlingen.

Det enkleste niveau kræver to Ph.D.-studerende, et årsværk til dataindsamling ved start, udgifter til dataudtræk, sekretær- programmør og statistikerhjælp.

Det mere intensive niveau kræver to eller tre Ph.D.-studerende, et årsværk til dataindsamling ved start udgifter til dataudtræk, sekretær- programmør og statistikerhjælp.

Det mest intensive niveau kræver tre Ph.D.-studerende, et årsværk til dataindsamling ved start, 3½ årsværk til indhentning af opfølgningsinterview, udgifter til dataudtræk, sekretær- programmør og statistikerhjælp.

Undersøgelse af organisationen

Uanset hvilket niveau undersøgelsen af effekten for brugernes vedkommende gennemføres på, bør der samtidigt gennemføres en undersøgelse af selve organisationen, herunder forankring og virkning af denne, inklusiv fordele og ulemper ved den valgte form. Man kan inddrage en undersøgelse af personalets tilfredshed med at arbejde med metoden og deres vurdering af brugernes udbytte.

En sådan undersøgelse bør tilrettelægges og gennemføres af personer med forstand på organisationers sociologi og psykologi eksempelvis ved Handelshøjskolen, RUC eller andre.

Etik

De almene registerforskrifter følges i overensstemmelse med persondataloven.

Forskningsregisteret indberettes til datatilsynet og selve undersøgelsen forelægges Videnskabsetisk komité.

6. LITTERATUR

1. Målsætninger for kvalitet i Distriktpsychiatrien. Sundhedsstyrelsen 1998.
2. Stein LI, Santos AB. Psykoseteam – en model for opsøgende psykiatrisk arbejde. Hans Reitzels Forlag 2000.
3. Tilbud til psykisk syge i Københavns og Frederiksberg kommuner – 2000 FAF, 8. kontor 2000.
4. Vendsborg PB, Nordentoft M, Hvenegaard A, Søgaard J. Opsøgende psykoseteam. En medicinsk teknologivurdering. DSI-rapport 1999.