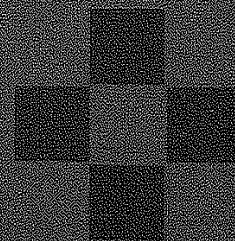
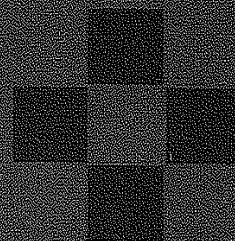
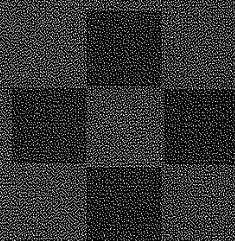




ROSKILDE
KOMMUNE

Erfaringer fra kommunal socialpsykiatri

Af Social- og sundhedsdirektør Yvonne Børnholdt



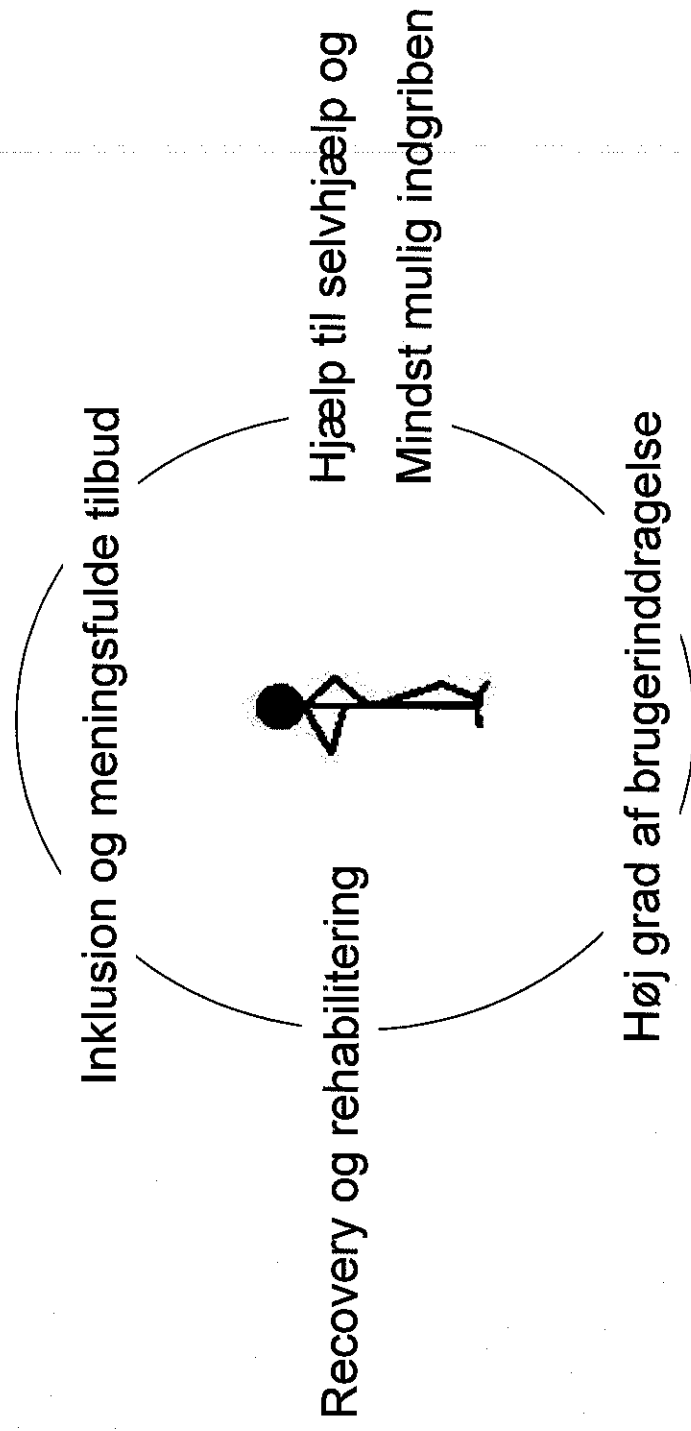
Social og Sundhed



ROSKILDE
KOMMUNE

Udvikling af en kommunal socialpsykiatri

- Psykiatripolitik og politisk handleplan -



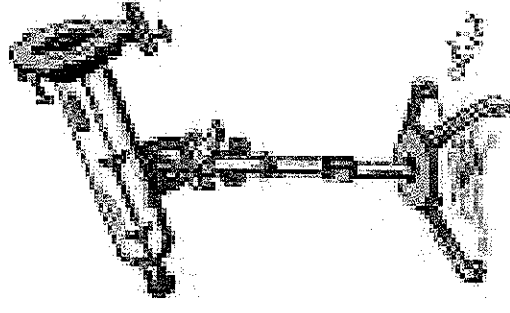
Af Social- og sundhedsdirektør Yvonne Barnholdt



ROSKILDE
KOMMUNE

Særlige fokusområder

- Dobbelt diagnose
- Unge med begyndende psykisk lidelse
- Sundhed og forebyggende indsatser
- Træning og motion
- Stabile sociale netværk
- Frivilligområdet



Af Social- og sundhedsdirektør Yvonne Barnholdt



ROSKILDE
KOMMUNE

Meningsfulde og inkluderende tilbud

- Kantine på en folkeskole
- Idræt i lokale foreninger
- Køkken på plejecenter

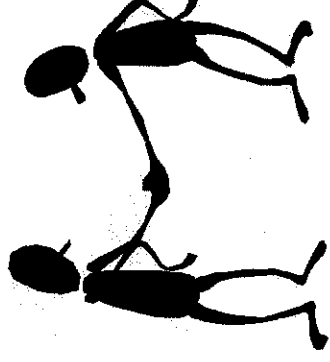




ROSKILDE
KOMMUNE

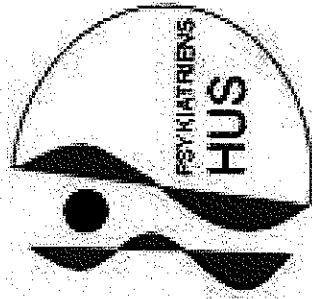
Kommunale udfordringer

- Ungestigning
- Støtteindsats afhængig af behandlingsindsats
- Indholdet i de formelle samarbejdsaftaler
- Udvikle samarbejdet



Psykiatriens Hus i Silkeborg





Baggrund

Region Midtjylland – Psykiatriplan

- Lukning af sengepladser i Silkeborg og Kjellerup

Silkeborg Kommunes høringssvar

- Nærhed
- Udviklingsprojekt



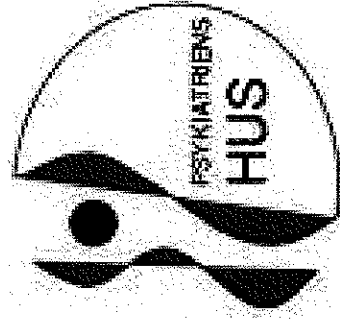
Hvordan fostres ideen?

Funderet på en tradition for et godt samarbejde:

mellem **kommunal** - bostøtte, dag og døgntilbud

og

regional – lokalpsykiatri, akut hjemmebehandling
og psykoseteam



Silkeborg Kommune **midt** regionmidtjylland

Psykiatriens hus – et virtuelt begreb

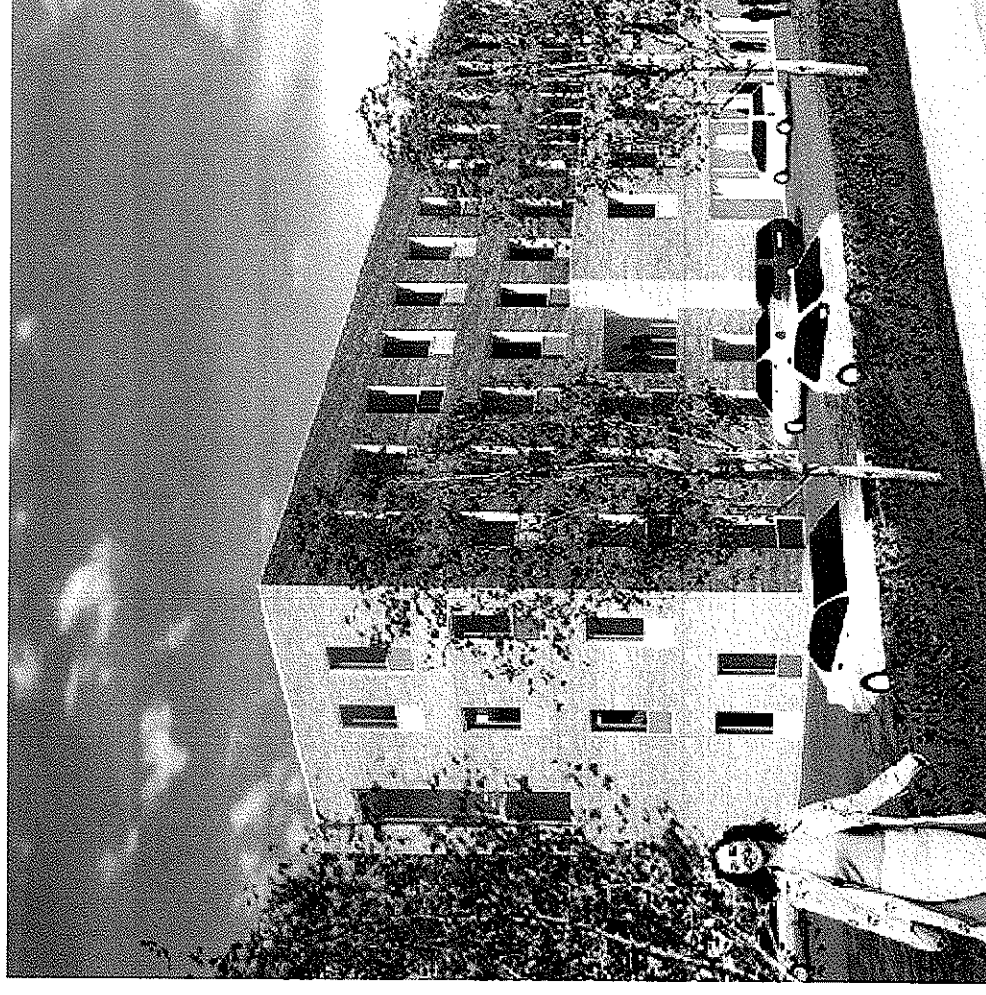
- Nye samarbejdsformer og et udviklingsprojekt med henblik på helhed i indsatsen mellem:
 - Social- og behandlingspsykiatri
 - Sundhed og omsorg
 - Psykiatrien og arbejdsmarkedsafdelingen
 - Psykiatrien og praktiserende læge
 - Bruger- og pårørendeinddragelse
 - andre



Kommunale tilbud i Psykiatriens

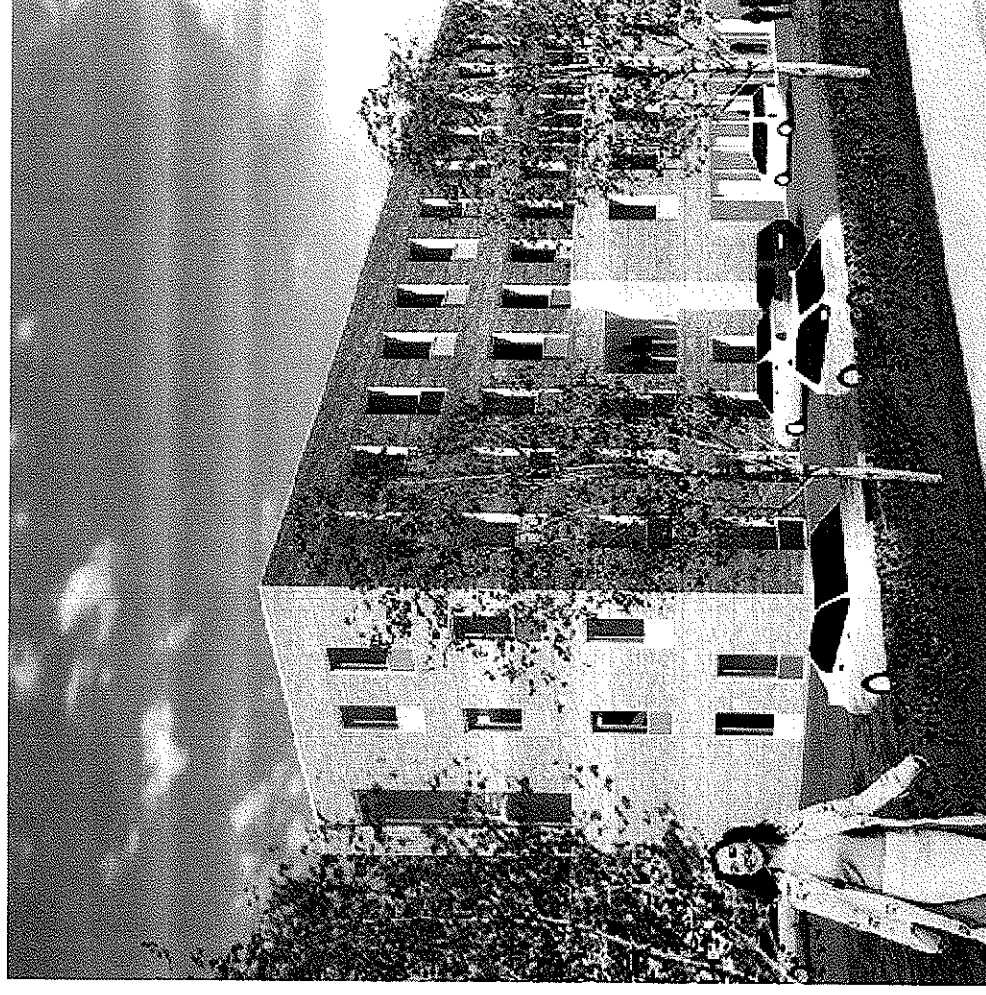
Hus

- Socialpsykiatrisk center- SPC
- Dagtilbud
 - Køkken/café
 - Reception/information
 - Ungeprojekt
 - Pedelfunktion
 - Sundhedsfremmetema
- Bostøtte, SKP
- Jobcenter, socialteam/misbrug og Sundhed og omsorg.



Regionale tilbud i Psykiatriens Hus

- Lokopsykiatrisk Center
- Psykoseteam
- Affektiv team med Daghospital
- Hjemmebehandlings team
- Shared Care
- Klinik for Angst og tvang
- Team for personlighedsforstyrrelser
- Psyk info



Fælles regionale og kommunale pladser

Akut døgntilbud

– 6 kommunale pladser

For borgere med psykisk sygdom – kontakt via sagsbehandler.

Specialiseret omsorg

– 6 regionale pladser.

For patienter indskrevet i Lokalpsykiatrisk center.

Specialiseret observation.

– Døgn telefon



Faktorer der har betydning

for opgaven i Akut Døgn

- Hjemmebehandlings team og støttepersoner har ansvar for forløb.
- Koordinator K/R mødes dagligt.
- Mere end 95% af fordelingen af pladser mellem R/K er uproblematiske.
- Udbredt udlån af pladser til hinanden
- Arbejder på ” En indgang”
- Viljen til at ville.....



Resultater – Akut Døgn

- Udnyttelsesgraden af både de regionale og kommunale pladser i Akut Døgntilbud er 92%, -- hvilket indfrier det fastsatte mål/succeskriterie på 75 %
- Antallet af indlæggelser for borgere i Silkeborg er faldet med 42,9 % fra 1. halvår 2009 – 2. halvår 2011
- Genindlæggelses frekvensen er faldet med 27,2 % i samme periode.



Fælles projekter

- Integreerede forløb
 - Målgruppe 18- 40 årige i RM og Silkeborg kommune –(socialpsykiatri og Jobcenter)
- Somatisk sundhed og Sundhedscafe
 - Sundhed/omsorg – RM – praktiserende læger – misbrugsområdet og socialpsykiatrien

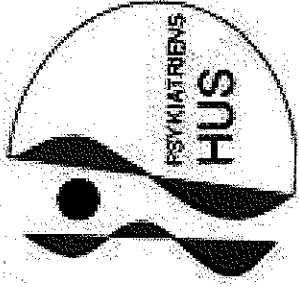
Flere mindre på vej.....



Drivkraft

- Ønske om sammenhængende og integrerede forløb for borgere
- Fokus på - at innoverer, - at udnytte ressourcer på tværs, - ikke at gøre ting dobbelt.
- Fælles mål og MVV i Psykiatriens hus.
- Viljen til at ville.....og tillid.
- Ledelsesmæssig fokus på tværs
- Opbakning fra borgere og organisationer





Udfordringer

- 2 opgaver, 2 lovgivninger, 2 paradigmer, 2 ledelser,
- 2 netforbindelser/it, 2 printere, 2 dokumenterings redskaber
- og 2 osv.

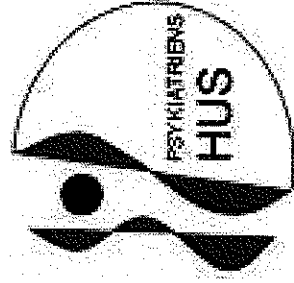
Kulturelle:

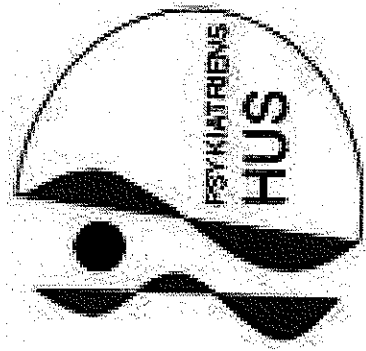
- sprog - eks pt/bruger/borger
- vaner - eks navneskilt, betaling for mad
- Hvad er opgaven - hvem tager opvasken
- Ledelsesstile



Udfordringer fortsat

- Fortsat være undersøgende og identificerer nye udviklingsområder
- Forskellige finansieringsmodeller og kommunal medfinansiering
- Psykiatriplan med modsatrettede signaler.





www.psykiatrienshus.dk



Silkeborg Kommune **midt** regionmidtjylland



Tale af	Anny Winther	Ref.	Raf	Side 1/14
Anledning	Høring om Socialpsykiatri	Dato	7. maj 2012	
Sted	Folketinget	Kl.	13.40	
Titel	Sammenhæng i den regionale og kommunale indsats	Taletid	10-15 min	

Budskaber

1. Forebyggende og tidlig indsats
2. Øget pres på den kommunale socialpsykiatri
3. Behov for øget udredningskapacitet i
behandlingspsykiatrien
4. Forløbsprogrammer til borgere med en psykisk lidelse

Indledning

Tak for invitationen til i dag. Jeg er glad for, at Folketingets Socialudvalg har valgt at holde en høring om Socialpsykiatrien, hvor vi også får mulighed for at sætte fokus på nogle af de udfordringer kommunerne oplever på området.

Kommunerne har selvstændigt psykosociale og socialpsykiatriske opgaver. Men i store træk, så er den kommunale og regionale indsats på psykiatriområdet ”forbundne kar”. Derfor er det ikke uvæsentligt, hvad der sker på den regionale del af psykiatrien.

TV har de seneste par måneder vist eksempler på, at psykiatere i regionens sengeafsnit udskriver patienter før de egentlig er

færdigbehandlede. Konsekvenserne er, at kommunen pludselig står med en borger, som godt nok er medicinsk stabiliseret, men som er selvmords- eller selvskadetruet og har behov for døgnovervågning og anvendelse af magtmidler, som fx fører til det, vi kalder dyre enkeltmandstilbud i sommerhuse o.lign..

Det er meget, meget sjældent, at sådanne forløb er aftalte og planlagte i fællesskab mellem region og kommune. Og det er endnu sjældnere, at de penge, der er givet i årenes løb til udbygning i amts- og regionspsykiatrien også er blevet givet til, at kommunerne kunne etablere tilbud til den type indsatser.

Alligevel ser vi kommuner, der etablerer specialiserede tilbud til sindslidende. Og kommuner der selv betaler for psykiatrisk udredning til misbrugere selv om regionen burde sørge for udredningen. Men landskabet er lige nu lidt uensartet.

Når psykiatrien er til debat tales der alt for ofte kun om antallet af sengepladser. Men flere sengepladser gør det ikke alene.

Når vi i dag ved, at rigtig mange kan komme sig helt eller delvist – selv med en psykotisk lidelse – så skal den sociale rehabilitering vægtes meget højere.

Det er i høj grad den kommunale sociale støtte til at kunne leve et normalt liv i egne bolig, deltage i det sociale liv, være helt eller delvist i arbejde eller uddannelse, som spiller en væsentlig rolle, hvis psykisk syge skal inkluderes i samfundslivet.

Og vi ved som sagt i dag, at mange flere end hidtil antaget kan komme sig helt eller delvis. Derfor er den sociale rehabiliteringstilgang så vigtig.

Vi ser derfor frem til at kunne indgå i en dialog om fremtidens psykiatri med regeringen og regionerne.

1. Forebyggende og tidlig indsats

Vi kan helt sikkert gøre mere i den forebyggende og tidlige indsats. Som har både stor effekt og er god ressourceanvendelse. Generelt ved vi bare for lidt om det område endnu.

Men vi skal også ”tænke ud af boksen”, som det hedder.

Fx er det tankevækkende at et dokumenteret forsøgsprojekt i Odense har vist, at det kan lykkes at reducere frafaldet blandt unge på ungdoms- og erhvervsuddannelser ved at tilbyde klippekort til psykologsamtaler. Det er alarmerende, at godt 1/3 falder ud af deres erhvervsuddannelse. I Odense gav man så dem, der var i risikogruppe for frafald, et klippekort til nogle psykologtimer. De unge brugte ikke alle klippene – og alligevel faldt frafaldet i denne gruppe helt ned til 12-13%.

Og når psykologmuligheden samtidig er væsentlig billigere end det tab uddannelsesstedet har ved manglende elevtakst, når der sker frafald, så er det også en god business case for uddannelsesstedet. Det er at tænke tidlige, forebyggende indsatser på en ny måde.

Det findes der sikker mere potentiale i end vi lige nu forestiller os.

2. Øget pres på den kommunale socialpsykiatri

Den kommunale Socialpsykiatri har været under forandring gennem de sidste mange år. Dette skyldes blandt andet, at kommunerne med kommunalreformen overtog ansvaret for beskæftigelses- og misbrugsområdet, som er to tæt relaterede indsatsområder til socialpsykiatrien.

Det positive ved den ændring er, at borgere med psykiske lidelser har fået bedre betingelser end tidligere for at modtage en samlet rehabiliterende social indsats i deres nærmiljø. Det er helt centralt, når vi i dag ved, at mange (selv med psykotiske lidelser) kan rehabiliteres helt eller delvist, og leve et næsten normalt liv med den rette sociale støtte.

Men det er ikke den eneste grund til forandring.

Kommunerne står i dag overfor en række udfordringer, som har nødvendiggjort en forandring. Flere rapporter har dokumenteret, at der kan konstateres en stigning i antallet af diagnosticerede med ikke-psykotiske lidelser. Der er blevet nedlagt sengepladser i psykiatrien samtidig med at behandlingspsykiatrien afkorter indlæggelsesforløb og omlægger til ambulante forløb. Det er en udvikling, som giver stadig flere opgaver til kommunerne, som jeg beskrev i min indledning.

Trods dette aktivitetspres og en samtidig øget kommunal medfinansiering til såvel den stationære som ambulante regionspsykiatri, så er det alligevel lykkedes kommunerne at øge egenindsatsen på en række områder og fx nedbringe antallet af ventedage for færdigbehandlede patienter med 22%.

For at kunne løfte denne opgave har kommunerne måtte gennemføre en større omlægning i brugen af fx botilbud og i selve støtten. Den omlægning sker samtidig med et styrket fokus på at tilrettelægge støtten som rehabiliterende og recovery-orienteret (større fokus på borgerens mestring af eget liv).

For uanset en bedre indsats i behandlingspsykiatrien, så kan rehabiliteringen ikke løses ved alene have et behandlingsperspektiv. Rehabiliteringen handler om en række andre livsforhold som bolig, almindelig daglig livsførelse, job/uddannelse, netværk, sundhed mv. Det er de nære ting, og derfor skal disse opgaver løses lokalt ude i kommunerne

Som jeg nævnte før så er både kommunerne og regionerne forbundne kar. Og her vil jeg gerne nævne, at der opstår nye udfordringer for kommunerne, som følge af, at regionerne centraliserer og specialiserer behandlingsindsatsen – også ude i distriktskykiatrien. Det gør det ikke kun vanskeligere for kommunen, men i høj grad også for borgeren, der skal rejse over lange afstande for at få behandling. Om specialiseringen i psykiatrien kan opveje ulemperne ved at tilgængeligheden reduceres, skal jeg ikke kunne sige. Men det giver udfordringer for borgere og kommunerne.

De forbundne gælder også, når der skal indføres en diagnosegaranti. En ting er selve udredningen/diagnosen. Noget andet er behandlingsindsatsen som skal følge efter. Som psykiatrien agerer i dag, så vil en stor del af indsatsen lande i den kommunale socialpsykiatri. Derudover vil der også være behov for støtte til dem, der ikke har så store problemer, at de får stillet en diagnose, men som har brug for støtte, ellers var de jo ikke sendt til udredning. Og det vil helt åbenbart være en lettere støtte, som kommunerne vil have aktie i.

3. Øget udredningskapacitet i behandlingspsykiatrien

Som nævnt er der sket en voldsom stigning i antal borgere med en psykisk lidelse, og selvom, der også er sket en pæn stigning i antal behandlinger er der stadigvæk en lang række borgere, der ikke bliver udredt og som ikke får den nødvendige behandling.

Hvis vi ser på antallet, der har fået tilkendt en førtidspension, så kan vi se, at Andelen af nye førtidspensioner, der tilkendes med baggrund i en

psykisk lidelser har været stigende over en årrække. Mere end halvdelen af alle nytilkendelser i 2010 var med baggrund i en psykisk lidelse.

Problemet her ligger i, at en meget stor del af disse lidelser er lettere psykiatriske lidelser, som forholdsvis er lette at gøre noget ved især i en tidlig fase. Der er fx tale om angst og depression. Og en manglende udredning og behandling medfører store økonomiske omkostninger for kommunerne.

Et andet område eller målgruppe, som i dag heller ikke modtager den nødvendige psykiatriske udredning og behandling er misbrugere med en psykiatrisk lidelse. Både danske og udenlandske undersøgelser har vist, at op til 75 % af alle misbrugere har en psykisk lidelse, og derfor kan betegnes som dobbeltbelastede. Hovedparten af lidelserne er relaterede til de ikke-psykotiske lidelser som depression, angst, socialfobi mv.

Også her har den manglende udredning og behandling konsekvenser for kommunerne, at succesraten for en misbrugsbehandling ikke kan forventes at blive ret høj, når årsagen til misbruget ikke behandles.

Hvis vi ser på børne og ungeområdet så ser vi tilsvarende markante stigninger i antallet af børn og unge med psykiske lidelser.

Den 1. januar 2011 ventede 2.690 børn og unge på første undersøgelse/behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Heraf havde ca. 40 pct. ventet mere end 2 måneder

Udover for lange ventetider, så bliver mange afvist, enten fordi henvisningerne ikke er foretaget korrekt, eller fordi psykiatrien indsnævrer, hvem der kan blive udredt og behandlet.

Kommunerne oplever, at psykiatrien som et led i udrednings- og behandlingsgarantien pålægger Pædagogisk Psykiatrisk Rådgivning (PPR) at gennemføre en lang række opgaver som fx, at foretage Specifikke tests og udredninger af børn, som ikke nødvendigvis er meningsfulde i en pædagogisk, psykologisk sammenhæng, men som skal anvendes i den psykiatriske udredning.

Det synes vi i kommunerne ikke er helt rimeligt. Kommunerne vil gerne bidrage til at løse problemerne, men de rigtige forudsætninger skal være tilstede.

For det første er det en afgørende forudsætning, at udredningskapaciteten i behandlingspsykiatrien udvides, og for det andet, at den fornødne psykiatriske ekspertise smidigt kan inddrages i kommunernes arbejde med borgerne. Det er derfor vigtigt at se på, hvordan der kan indføres stærke incitamentter for at behandlingspsykiatrien indgår i konsulentfunktioner i kommunerne, samt at samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og kommunerne generelt forbedres.

4. Forløbsprogrammer til borgere med en psykisk lidelse

Som nævnt er der en lang række af udfordringer, som vi er nødt til, at tage fat på for at løse opgaven. KL udgav i november 2011 et udspil om den nære psykiatri. Udspillet beskriver 8 indsatsområder, der kan være med til, at opkvalificere indsatsen på det psykiatriske område. Jeg har

taget nogle få eksemplarer med, og ellers kan det findes på KL's hjemmeside.

Jeg vil ikke nævne alle 8 indsætter, men nøjes med, at nævne forløbsprogrammerne til borgere med en psykisk lidelse. Når KL i udspillet tager fat på det, så skyldes det, at mange borgere med psykiske lidelser har i kortere eller længere perioder af deres liv behov for såvel en behandlingsindsats som en social indsats dvs. både en indsats fra region, kommune og praktiserende læge.

For borgere med psykiske lidelser er det vigtigt at opleve sammenhæng i indsatsen. Der er på samme tid brug for at have velforberedte rammer og forløb parat og samtidig kunne udvise tilstrækkelig fleksibilitet i forhold til den enkelte borger. Der er derfor behov for et bedre samspil i såvel planlægning af kapacitet og indsætter som i daglig praksis i det konkrete borgerforløb.

Vi i kommunerne oplever, at den udvikling, der de senere år har været på psykiatriområdet, har været ukoordineret og har givet sig udslag i ad hoc

løsninger, hvor især kommunerne har fået nye arbejdsopgaver uden medfølgende finansiering.

Forløbsprogrammer kan bidrage til at sikre en klar ansvarsfordeling og koordination mellem kommune og region til gavn for borgeren, der ikke efterlades i en gråzone. Borgere med psykiske lidelser bevæger sig 'rundt i systemet' og kan have årelang kontakt med både distriktpsychiatrien og socialpsykiatrien med periodevise indlæggelser. Forløbsprogrammer på psykiatriområdet bør derfor have deres hovedfokus på koordination og samarbejde samt sikre, at der er klarhed over ansvarsfordelingen mellem behandlings- og socialpsykiatrien. Men hvordan forløbsprogrammer konkret kan udformes for også at rumme den nødvendige fleksibilitet i støtten til den konkrete borger er stadig uafklaret.

Noget af indholdet i forløbsprogrammerne som vi gerne ser mere af fremadrettet kunne være fx:

At der på nationalt plan udarbejdes guidelines på baggrund af dokumenteret viden om effektive forløb og indsatser til borgere med psykiske lidelser

En bedre sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen og behandlingspsykiatrien, hvor kommunerne får adgang til psykiatrisk kompetencer

At forløbsprogrammerne udmøntes konkret i sundhedsaftalerne

Tak for ordet



Socialudvalgets høring om socialpsykiatrien

den 7. maj 2012 på Christiansborg

Indledning

Sammenhæng er et ord, der går igen og igen.

”Sammenhæng” er det, der bygger bro mellem det at være patient og det at være borger.

Er man syg og har brug for behandling og hjælp til de udfordringer, der følger af sygdommen – så hænger sygdommen og udfordringerne sammen og påvirker ofte hinanden. Sammenhæng er altså et helt afgørende mål for, hvor godt en borger oplever sin behandling, rehabilitering og støtte.

For borgerne er det nok at slås med en sygdom – de bør ikke også slås med systemer eller skulle hoppe fra ”søjle til søjle”. Det er og bliver **regionernes og kommunernes ansvar** at sikre sammenhængen mellem den behandling, som borgerne får i psykiatrien, og den behandling og støtte de har behov for i socialpsykiatrien.

Måske er vores italesættelsen om ”snitflader” i sig selv problemskabende? Ligger der en bedre tilgang i at tale om ”samarbejdsflader” eller ”opfølgingsflader”?

Vi må i hvert fald konstatere, at der fortsat er udfordringer.

Jeg er blevet bedt om at give mit bud på,

- hvor regionerne *selv* kan gøre en indsats.
- hvad der er af barrierer
- og hvad der er af muligheder for samarbejde og en bedre samlet indsats.

Lad mig starte med en generel vurdering:

Socialpsykiatrien er aldrig er blevet tilstrækkeligt udbygget.

Mens den psykiatriske behandling foregår og bagefter, er der et stort arbejde med rehabilitering og recovery i forhold til alle de afledte sociale problemer, som en psykisk lidelse kan føre med sig. Dette blev erkendt af amterne, og de var derfor i fuld gang med at udbygge socialpsykiatrien.

Men amter blev til regioner, og ansvaret også for den specialiserede sociale opgave blev overflyttet til kommunerne. Der foreligger således et bredspektret behov, men endnu ikke en socialpsykiatri, der helt matcher det.

Set med mine øjne, er der en gruppe, som i særlig grad falder igennem. Nemlig de **mennesker, som har rigtig svære afledte sociale problemer** af deres psykiske lidelse og som fx også har et misbrug, er kriminelle og har en stærkt udadreagerende adfærd. Det er problematisk, at der ikke er tilstrækkelig med tilbud til denne gruppe.

Jeg bliver derfor også betænkelig, når jeg læser i det seneste oplæg fra KL om den nære psykiatri, at man prioriterer inkluderende boformer ud fra en tanke om (citat:) ”at psykisk syge ikke skal fastholdes i socialpsykiatriske botilbud”.

Lad mig sige sådan: det er rigtig fint for mange at blive mødt i eget hjem eller i en inkluderende boform. Men for de svageste borgere kan princippet om inklusion være starten på en lang tilværelse som svingdørspatient.

Sammenhæng er ikke alene, at vi sammen med borgeren håndterer de lettere tilfælde, men også, at vi formår at rumme og sikre mennesker med svære lidelser en sammenhængende og tilstrækkelig indsats - uden for mange unødige genindlæggelser.

Og hvad kan regionerne så gøre? Og hvad gør de?

Side 4

Lad mig give nogle eksempler på mulige løsninger eller faktiske regionale initiativer

1) I flere regioner arbejder man med **tilbud**, som er henvendt til borgere, der har brug for en betydelig og specialiseret støtte.

Formålet med tilbuddene er at hjælpe borgere, der har helt særlige og meget svære sociale og psykiske problemstillinger, videre fra en tilværelse som indlagt patient til et godt liv som borger i det civile samfund.

Recovery og rehabilitering er også her nøglebegreber for indsatsen. Men det kræver også, at tilbuddet opererer på et specialiseret og tværfagligt niveau – og har et betydeligt befolkningsgrundlag.

Det forsøges i regionalt regi eller sammen med en kommune. Men disse tilbud har i dag svære vilkår.

Derfor indgår de også i regionernes forslag om en lovjustering, der overdrager ansvar og økonomi for det højt-specialiserede sociale område til regionalt niveau.

Det samme gælder for en samlet og samtidig behandling – ambulant eller ved indlæggelse - af mennesker, der både har et misbrug og en psykisk lidelse.

2) Som vi tidligere har hørt, kan en løsning på sammenhæng og et tæt samarbejde på tværs af sektorer også være, at vi **samlers indsatsen under samme tag**. Psykiatriens Hus i Silkeborg er et godt eksempel herpå.

Det er for mig meget positivt at se, hvordan sammenhængen for borgere med psykiske lidelser her bliver styrket, når region og kommune rykker sammen, nedbryder forskellige kulturer og udformer en fælles vision for borgernes forløb. Og resultaterne taler deres tydelige sprog – der er konstateret færre indlæggelser og genindlæggelser.

3) Vi bør også prøve med **samfinansierede tilbud**. Det kunne være visse udslusningsboliger eller opsøgende teams, der består af medarbejdere både fra behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Jeg tror, at sådanne teams vil være en effektiv organiseringsform, der skaber bedre sammenhæng for nogle grupper med behov for både ambulante sundhedsfaglig behandling og socialpsykiatrisk støtte.

4) Vi har i **sundhedsaftalerne** fået et velegnet redskab til at skabe en stadig bedre sammenhæng i forløbene.

Men vi står os nok ved at erkende, at realiseringen ikke alle steder endnu er lykkedes helt.

Vi bør i **regionerne** fokusere på, at socialpsykiatrien/kommunerne informeres og inddrages – også med deres viden - allerede ved starten af et behandlingsforløb, enten det sker ved indlæggelse eller ambulantly.

5) For at sikre sammenhæng for borgeren finder jeg det helt overordnet væsentligt, at vi finder realiserbare metoder til at **spredde den store sundhedsfaglige viden i psykiatrien** ud til bosteder, jobcentre, uddannelsessteder og ikke mindst til de praktiserende læger.

Hertil vil IT-værktøjer kunne hjælpe – på hidtil usete måder.

6) Endelig vil jeg pege på, at regionerne med vores seneste udspil "Det hele Sundhedsvæsen" også fokuserer på behovet for bedre sammenhæng i indsatserne, herunder vedrørende **genoptræning og rehabilitering** - i både somatikken og psykiatrien.

Det handler om, at sygehuspersonalet skal have mulighed for i genoptræningsplanen at definere patientens behov, herunder omfang, metode og karakter.

Det er ærgerligt, at de ikke må sætte deres faglighed i spil og bidrage til en bedre overgang og efterfølgende genoptræning.

Og vi mener, at for de patienter, der har brug for rehabilitering, kunne det så eventuelt ske i en **rehabiliteringsplan**.

Afslutning

Der er ingen tvivl om, at sammenhæng er et parameter for kvaliteten i et patientforløb. Og der er fortsat barrierer for, at den enkelte oplever overgangene som gnidningsfrie.

Men jeg tror, at vi i fællesskab kan komme langt, når vi sammen erkender udfordringerne og bygger de broer, der skal til.

Hverken kommuner eller regioner er jo til for vores egen skyld – vi henter vores legitimitet i den behandling og service, som vi tilbyder borgerne.

Tidligere sagde vi som bekendt: "Borgeren skal være i centrum". I dag erkender vi, at brugernes/patienternes **aktive inddragelse** – ofte sammen med deres netværk – er en betingelse for god kvalitet i indsatserne - og for sammenhængen.

