

Forløbsprogram for skizofreni

Et sammenhængende sundhedsvæsen
med borgeren i centrum



KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND 
-vi er til for dig

Indhold

1.	Indledning	4
1.1.	Formål.....	4
1.2.	Målgruppe for forløbsprogrammets anbefalinger	4
1.3.	Organisering og medlemmer	5
1.4.	Forløbsprogrammets opbygning	5
1.5.	Baggrund.....	5
1.6.	Skizofreni i tal	9
1.7.	Overdødelighed.....	9
1.8.	Kort om Psykiatriloven	10
1.9.	Kort om Lov om Social Service (Serviceloven, SEL).....	10
2.	Fastlæggelse af patientmålgruppe.....	12
2.1.	Samarbejde med pårørende.....	12
2.2.	Dobbeltdiagnosepatienter.....	14
3.	Stratificering samt organisering af indsatsen.....	16
3.1.	Stratificering af patienter med kronisk skizofreni.....	16
3.2.	Vurdering af sygdomskompleksitet	17
3.3.	Vurdering af egenomsorgsevne	19
3.4.	Om rehabilitering.....	20
3.5.	Om rehabiliteringsprocessen	21
3.6.	Rehabilitering i de forskellige sektorer.....	23
3.7.	Organisering – om Sundhedsaftalen og de forskellige roller	23
3.8.	Samarbejdet mellem politiet, de sociale myndigheder og psykiatrien (PSP-samarbejdet)	27
3.9.	Overgange og kommunikation mellem sektorer	28
4.	Almen Praksis	29
4.1.	Tidlig opsporing og identificering af risikofaktorer.....	29
4.2.	Henvi sning, visitation og indkaldelse	30
4.3.	Individuel behandlingsplan.	31
4.4.	Udskrivning fra psykiatrien	31
4.5.	Henvi sning til kommunale tilbud	32
4.6.	Kontrol og opfølgning.	32
4.7.	Kommunikation mellem sektorer.....	32
4.8.	Børn af psykisk syge.....	33
4.9.	Tvangsforanstaltninger	33
5.	Praktiserende speciallæge	36
6.	Den kommunale indsats	38
6.1.	Socialpsykiatrisk bistand, kommunale ydelser.....	38
6.2.	Rehabilitering.	40
6.3.	Kommunale tilbud til den sindslidende med skizofreni.....	41
6.4.	Handleplan/pædagogisk handleplan.....	43
6.5.	§ 85 Socialpædagogisk bostøtte	44
6.6.	§ 99 SKP (Støtte- og kontaktperson)	44

6.7.	§ 103 Beskyttet beskæftigelse.....	45
6.8.	§ 104 Væresteder.....	45
6.9.	§ 107 og 108 Botilbud.....	46
6.10.	Overgang fra Region til Kommune	46
7.	Den sundhedsfaglige indsats i psykiatrien	47
7.1.	Patientens mulige veje gennem psykiatrien	49
7.2.	Psykiatrisk Akut Modtagelse (tidligere kaldet de psykiatriske skadestuer)	49
7.3.	Henvisning, visitation og indkaldelse.....	49
7.4.	Indlæggelse eller ambulante behandling i psykiatrien.....	51
7.5.	Psykoedukation.....	55
7.6.	Regionsfunktion for behandling af kompliceret skizofreni	57
7.7.	Udskrivning eller afslutning af behandlingsforløb i psykiatrien	58
7.8.	Kompliceret udskrivelse	59
7.9.	Specielle behandlingsforløb eller omstændigheder.....	62
7.10.	Indsats og effekt der dokumenteres og monitoreres	63
8.	Implementering og revision af forløbsprogrammet.....	65
8.1.	Implementering	65
8.2.	Aktiviteter og tidsplan for implementering	65
8.3.	Evaluerings og revision af forløbsprogrammet.....	67
9.	Monitorering af kvalitet.....	68
9.1.	Diagnose- og kontaktregistrering	68
9.2.	Monitorering af kvalitet	68
10.	Bilag 1 – Deltagerliste projektgruppe	70
11.	Bilag 2 Ordliste.....	72
12.	Bilag 3 Tidlig opsporing.....	75

1. Indledning

1.1. Formål

Nærværende forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for mennesker med skizofreni i sygehusregi, i kommuner og i almen praksis i Region Sjælland.

Forløbsprogrammet skal kunne benyttes som et arbejdsredskab af den enkelte fagperson i kontakten med patienten.

Formålet med programmet er at sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer, pårørende mv., en fælles forståelse for opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter.

Formålet er endvidere at sikre en fælles standard for behandling, kontrol og rehabilitering, herunder patientrettet forebyggelse, for mennesker med skizofreni i Region Sjælland. Programmet er desuden dynamisk, idet det årligt vil blive tilpasset ændringer i de kliniske retningslinjer, best practice og udvikling på området generelt.

Anbefalingerne er udarbejdet med udgangspunkt i gældende lovgivning, nationale retningslinjer, relevante kliniske retningslinjer (hvor disse er tilgængelige) samt kronikermodellen og dennes centrale principper. Indsatsen skal tage udgangspunkt i evidens, når denne foreligger.

1.2. Målgruppe for forløbsprogrammets anbefalinger

Den primære målgruppe er fagpersoner i almen praksis, praktiserende speciallæger, på sygehuse og i kommuner, som har opgaver i relation til patienter med skizofreni. Dertil kommer andre personer, som ønsker indsigt i behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med skizofreni, f.eks. planlæggere, politikere og patienter/pårørende mv.

1.3. Organisering og medlemmer

En projektgruppe bestående af repræsentanter fra henholdsvis almen praksis, praktiserende speciallæger, sygehus psykiatrien og kommuner har varetaget udarbejdelsen af Forløbsprogram for skizofreni.

Gruppens sammensætning fremgår af bilag 1.

1.4. Forløbsprogrammets opbygning

Udgangspunktet for programmet er Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for kronisk sygdom – generisk model har fungeret som den grundlæggende ramme.

Den konkrete udformning bygger på inspiration fra nationale anbefalinger samt de kliniske retningslinjer og vejledninger, der tidligere er udarbejdet i kommuner og på sygehusene i Region Sjælland.

I nærværende program lægges der vægt på, at indsatsen for patienter med skizofreni skal foregå alle steder i sundhedsvæsenet, dvs. hos praktiserende læger, på sygehusene og i kommunerne, og samtidig at indsatsen bør foregå i et tværfagligt såvel som tværsektorielt samarbejde.

Læsevejledning

Forløbsprogrammet består af en række baggrundsafsnit, som er fælles for alle tre sektorer. Disse afsnit (1.1 ti 1.5) forklarer baggrunden hvad et forløbsprogram er, hvad rationalet bag er mv. Såfremt man ikke har brug for denne gennemgang kan man springe til kapitel 1.6. Herefter kommer fire sektorspecifikke kapitler (kapitel 4 til 7). Disse fire kapitler kan tages ud af det samlede forløbsprogram og kan benyttes i den enkelte sektor. Kapitel 8 og frem beskriver implementering, revision og monitorering af programmet.

1.5. Baggrund

Kroniske sygdomme¹ har de senere år været genstand for stadig stigende opmærksomhed både i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt.

Såvel børn som voksne kan have en kronisk sygdom, og det omfatter både somatiske og psykiske sygdomme. Ifølge Sundhedsstyrelsen er kronisk sygdom kendetegnet ved en række karakteristika som angivet i boksen nedenfor²:

Kronisk sygdom er bl.a. karakteriseret ved følgende:

- Tilstanden er vedvarende og fører ubehandlet til dårligere livskvalitet og/eller tidligere død.
- Jo tidligere sygdommen opspores, jo større muligheder er der for at bedre prognosen og forebygge forværring (proaktiv indsats).
- Sygdommen har blivende følger.
- Der er behov for langvarig behandling eller pleje.

Som en del af indsatsen for borgere med kroniske lidelser er Region Sjælland, kommunerne og de praktiserende læger i regionen i gang med at udarbejde *forløbsprogrammer for kroniske sygdomme*.

Et forløbsprogram for en kronisk sygdom defineres som³:

”En beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom. Forløbsprogrammet skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.”

Programmerne skal bruges som en vejledning i, hvordan den sundhedsprofessionelle indsats varetages for og med patienter med kroniske sygdom.

Der sker i disse år en kraftig vækst i antallet af borgere med kroniske sygdomme i Danmark. Samtidig er der en stigende anerkendelse af, at sundhedsvæsenet generelt ikke har behandlet kroniske lidelser på den måde, der er evidens for⁴. Det drejer sig primært om manglende systematisk inddragelse af borgerens egne ressourcer i behandlingen og manglende brug af evidensbaserede kliniske retningslinjer.

¹ Sundhedsstyrelsen bruger generelt udtrykket kronisk sygdom, hvorimod Region Sjælland for at undgå stigmatisering, bruger udtrykket længerevarende sygdom. Derfor vil sidstnævnte findes senere i forløbsprogrammet.

² Sundhedsstyrelsen: Forløbsprogrammer for kronisk sygdom, 2008.

³ Sundhedsstyrelsen: Forløbsprogrammer for kronisk sygdom, 2008.

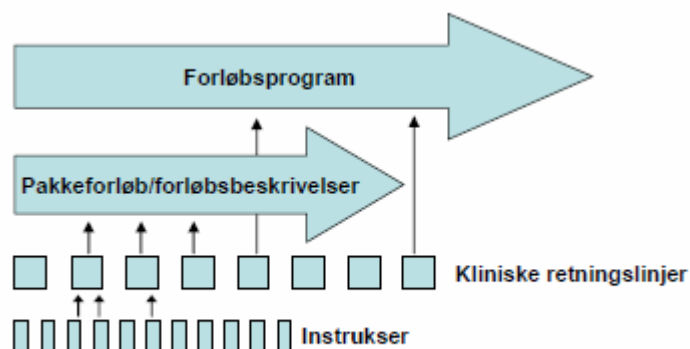
⁴ Sundhedsstyrelsen: Kronisk Sygdom. Patient, Sundhedsvæsen og Samfund. 2005.

Ydermere er der ved kroniske lidelser ofte behov for en vedvarende behandlingsindsats på tværs af de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Der stilles derfor særlige krav til samordning og koordination mellem aktører og sektorer i sundhedsvæsenet for at sikre gode forløb for borgere med en kronisk lidelse. I dag er der dog dokumentation for, at denne samordning ikke fungerer optimalt⁵.

Samlet set bør sundhedsvæsenet derfor anlægge et mere sammenhængende, længerevarende og helhedsorienteret og samtidigt individuelt perspektiv på den enkelte borger med kronisk sygdom, og der er derfor brug for et paradigmeskifte i måden, hvorpå sundhedsvæsenet håndterer kroniske lidelser⁶.

Det er netop i dette lys arbejdet med forløbsprogrammer for kroniske sygdomme skal ses. I forhold til andre initiativer som eksempelvis patientforløbsbeskrivelser, pakkeforløb og kliniske retningslinjer mv. (se figur 1) lægges der i forløbsprogrammerne således vægt på at sikre en kontinuerlig indsats, på tværs af alle tre sektorer i sundhedsvæsenet – almen praksis, kommuner og sygehuse. Programmerne omhandler derved naturligt hele populationen med en given kronisk sygdom, hvorefter der kan defineres indsatser for undergrupper med særlige behov.

Figur 1 - Sammenhængen mellem Forløbsprogram, pakkeforløb mv.



Inspireret af Sundhedsstyrelsen og DSKS-nyt, nr. 1, marts 2009]

Samtidigt skal programmerne medvirke til på den ene side at sikre, at de involverede sektorer agerer proaktivt i forhold til borgere med kroniske lidelser. Denne proaktivitet skal blandt andet medvirke til at sikre tidlig opsporing, samt at forebyggelse af progression i sygdommen og begrænsning eller udskydelse af eventuelle komplikationer forbliver central. På den anden side skal

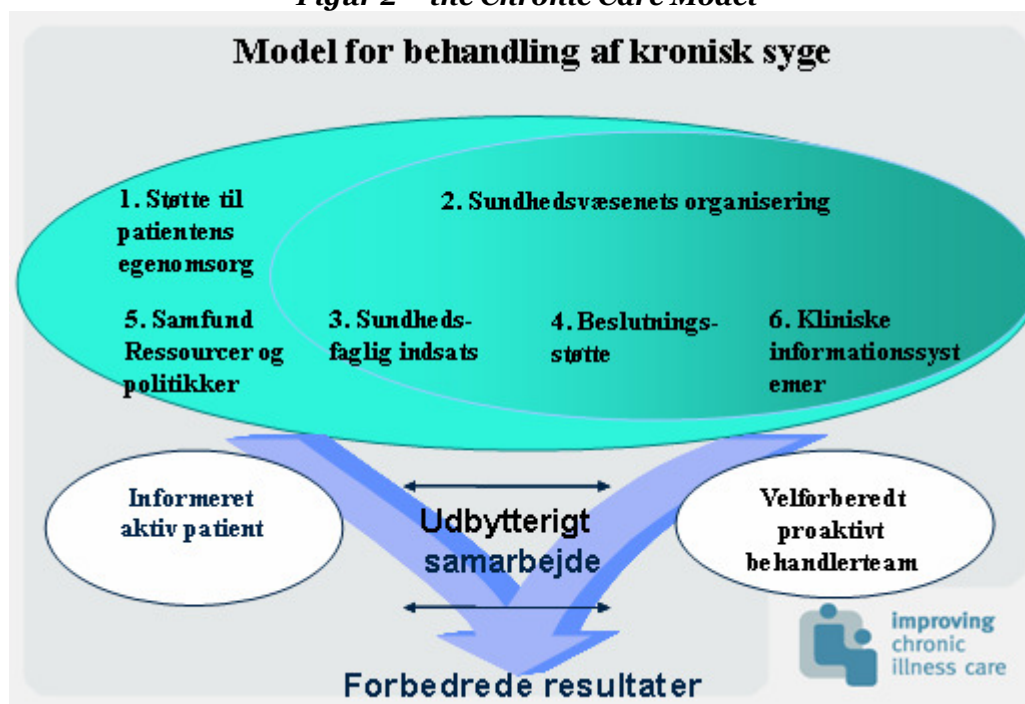
⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

der fokuseres mere på at understøtte borgere med kroniske sygdomme i at udøve egenomsorg og mestre livet med kronisk sygdom.

På den måde er forløbsprogrammerne netop en del af et paradigmeskifte, hvor sigtet med et forløbsprogram er at forbedre indsatsen i forhold til den samlede population med en given kronisk sygdom, og samtidigt sikre en optimal og individuelt tilpasset indsats til den enkelte patient.

Figur 2 – the Chronic Care Model



En ofte benyttet model for indsats ved kronisk sygdom, the Chronic Care Model (figuren ovenfor), angiver bl.a. indsatsområder for en styrkelse af den sundhedsfaglige kvalitet, patientinvolvering og patienttilfredshed samt en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Midlerne til dette er en række mere præcise tiltag såsom støtte til øget egenomsorg eksempelvis via guidning, patientuddannelse, patientgrupper, brug af kliniske vejledninger, klinisk beslutningsstøtte, påmindelser til patienter og sundhedsprofessionelle samt brug af fælles informationsteknologi mv.

Det er væsentligt at sikre, at de enkelte tiltag i den samlede indsats for patienter med kronisk sygdom organiseres på en hensigtsmæssig måde både på det patientnære niveau og på det organisatoriske niveau. Målet er at sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser i et sygdomsforløb, at sikre, at de involverede sundhedsprofessionelle og patienten har en

ensartet og fælles målsætning med forløbet, at personalet har eller tilegner sig de nødvendige kompetencer samt at sikre, at de enkelte komponenter i et forløb giver de klinisk bedst opnåelige resultater⁷.

I Region Sjælland ligger den sundhedspædagogiske tilgang på det patientnære niveau i forlængelse af kronikermodellen. I rehabiliteringsforløbet er der derfor fokus på, at en forudsætning for læring er, at den sundhedsprofessionelle tilrettelægger information, vejledning og undervisning, så det er tilpasset patientens behov og ressourcer.

1.6. Skizofreni i tal

Skizofreni og andre psykotiske lidelser er sygdomme med ofte alvorlige konsekvenser for den enkelte og alvorlige socioøkonomiske konsekvenser for samfundet. Der diagnosticeres hvert år ca. 500 nye tilfælde af skizofreni i Danmark, og ca. 12.000 mennesker er i løbende behandling på grund af sygdommen. Udover disse er der formentlig omkring 4.000 til 5.000 mennesker med ubehandlet skizofreni, som ikke er i kontakt med den psykiatriske sektor. Den samlede økonomiske belastning fra denne sygdom menes at overstige den fra eksempelvis kardiovaskulære sygdomme⁸.

1.7. Overdødelighed

Der er en væsentlig overdødelighed blandt patienter med skizofreni. Mennesker med alvorlig psykisk sygdom har statistisk risiko for at leve 15-20 år kortere end resten af befolkningen⁹. Ca. 40 pct. af overdødeligheden skyldes selvmord, men 60 pct. kan tilskrives somatiske årsager. Psykisk syge har ofte større risiko for at få en lang række fysiske helbredsproblemer, herunder overvægt samt skader på grund af rygning. Patienter med skizofreni har eksempelvis tre gange større risiko for diabetes og dobbelt så stor risiko for hjerte- og karsygdom.

Det er vigtigt, at der, i et samarbejde med patienten, er et fælles ansvar mellem praktiserende læger, kommuner og psykiatrien for iværksættelse af særlige initiativer der kan forebygge eller minimere livstilssygdomme samt sikre en optimal medicinering m.m.

⁷ Sundhedsstyrelsen: Forløbsprogrammer for kronisk sygdom, 2008, side 12.

⁸ Sundhedsstyrelsen: Referenceprogram for Skizofreni, 2004

⁹ Kristian Wahlbeck m.fl.: Outcome of mental health policy in Nordic countries: life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987-2006. Publiceres i British Journal of Psychiatry

1.8. Kort om Psykiatriloven

Lov om anvendelsen af tvang i psykiatrien¹⁰, populært kaldet Psykiatriloven, er den ramme indenfor hvilken, psykiatrien eller læger udenfor psykiatrien fx de praktiserende læger kan håndtere den specielle situation at skulle behandle eller henvise/tvangsindlægge psykotiske patienter. Det gælder patienter, der ikke samtykker til indlæggelse eller anden behandling, eller patienter med en adfærd under indlæggelsen, der måske er farlig for dem selv eller andre.

I selve loven og i flere dertil knyttede vejledninger mv. fra Sundhedsstyrelsen beskrives betingelserne for bl.a. frihedsberøvelse i form af tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse, samt betingelserne for tvangsfiksering og personlig skærmning mv. Heri beskrives fx også de obligatoriske Eftersamtaler efter et tvangsindgreb samt regler for obligatorisk efterprøvning af frihedsberøvelse mv., regler for udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner for de patienter, der må formodes ikke selv at ville kunne følge op på en efterbehandling pga. en ringe egenomsorgsevne.

Ifølge Psykiatriloven har "de nærmeste" pligt til at tilkalde en læge, hvis de iagttager en formodet sindssyg person, der ikke selv formodes at søge den nødvendige hjælp.

Ved "de nærmeste" forstås i første række pårørende og andre nærstående, men faktisk gælder begrebet "de nærmeste" alle borgere i samfundet, der måtte få kendskab til en formodet sindssyg person, der ikke virker som om den pågældende får den fornødne behandling.

Se i øvrigt kapitel 4.

1.9. Kort om Lov om Social Service (Serviceloven, SEL).

Den kommunale indsats overfor sindslidende med skizofreni tager udgangspunkt i Serviceloven¹¹. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

¹⁰ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134497>

¹¹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135328>

Sindslidende med skizofreni kan ansøge kommunen om hjælp, og der træffes en afgørelse ud fra en konkret individuel vurdering. Der tages udgangspunkt i en ansøgning fra den sindslidende skizofrene, og borgeren har pligt til at medvirke med indsamlingen af data af væsentlig betydning for sagsbehandlingen, i henhold til Lov om Retssikkerhed § 11, stk. 1. I sagsbehandlingen vurderes om borgeren tilhører målgruppen for det ansøgte. Det er alene kommunen der træffer afgørelsen.

Klageadgang

Borgerne får afgørelser på ansøgninger om støtte eller hjælp i henhold til Lov om social service, og kan derfor klage over en kommunes afgørelse til Det Sociale Nævn i Statsforvaltningen.

Kommunen er forpligtet til at hjælpe borgeren med en sådan klage.

2. Fastlæggelse af patientmålgruppe

Forløbsprogrammets patientmålgruppe er voksne patienter med kronisk skizofreni.

Vi har valgt i dette forløbsprogram kun at beskrive forholdene for voksne patienter, da det dels er meget sjældent forekommende at børn og unge, dvs. fra 0-17 år, når at udvikle længerevarende skizofreni, dels fordi Børne- og Ungdomspsykiatrien er et andet speciale end (voksen)psykiatrien med sin egen organisering og tilgang til udrednings- og behandlingsarbejdet.

Generelt skal bemærkes at ca. 25 % af incidentte patienter (dvs. nye personer med sygdommen skizofreni pr. år) vil være fuldstændig raske efter 5 år – dvs. ikke længere opfylder de diagnostiske kriterier for skizofreni. Dette betyder at ca. 75 % af incidentte patienter med skizofreni over tid vil gå over i et kronisk/længerevarende forløb.

Iht. ICD-10 (International Classification of Diseases, 10 udgave, WHO) vil målgruppen for Forløbsprogram Skizofreni være følgende diagnose-numre:

F 20.0 – F 20.9.¹²

For almen praksis er koden ICPC2 P72.¹³

2.1. Samarbejde med pårørende

Om pårørendes behov for information og støtte

Pårørende er en meget vigtig samarbejdspart med mange ressourcer. Ved involvering af de pårørende får de professionelle adgang til vigtige oplysninger, og pårørende kan være en vigtig støtte, som kan være af stor betydning i det videre arbejde.

Kommunerne er ikke forpligtiget til at inddrage de pårørende i arbejdet, men i praksis inddrages de pårørende hvor det er muligt i det daglige arbejde.

¹² <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/leksikon/dsn Behandling ved sygehuse.aspx>

¹³ <http://www.dak-e.dk/flx/datafangst/icpc/>

Pårørende til patienter/borgere med længerevarende skizofreni har meget ofte et stort behov for information og støtte.

Når patienten har givet samtykke tilbydes eventuelle pårørende at deltage i de lægelige konferencer i sygehusregi med henblik på at indgå i beslutningsprocessen.

Men man møder ikke sjældent den situation, at den syge nægter at de pårørende får information af privat karakter fra de professionelle. Og af og til vil den syge med henvisning til tavshedspligten for de offentligt ansatte slet ikke tillade, at de pårørende på nogen måde har kontakt til eller modtager information eller rådgivning fra de professionelle.

Her er det vigtigt, at de professionelle husker, at det ikke er i strid med tavshedspligten at modtage oplysninger fra de pårørende eller at give dem informationer af mere generel karakter, eller at rådgive og støtte de pårørende ud fra de pårørendes eget personlige behov. De professionelle kan gøre alt dette uden patientens/borgerens vidende eller tilladelse, så længe de professionelle overholder deres tavshedspligt og dermed ikke udtaler sig om den syges personlige forhold.

I Psykiatrien er der etableret åbne pårørendegrupper, hvor en sådan generel information foregår, og der er også flere private pårørendeforeninger, der arrangerer tilsvarende arrangementer, f.eks. Bedre Psykiatri. PsykInfo kan være behjælpelig med at skabe kontakt til disse foreninger.

Herudover tilbyder PsykInfo anonym, uvildig og gratis rådgivning og information om psykiatri og psykisk sygdom samt afholder en række arrangementer, hvor også de pårørende er velkomne.

(<http://www.regionsjælland.dk/regionens-opgaver/Psykiatrien2/PsykInfo/Sider/default.aspx>)

Den nærmere opgavevaretagelse er beskrevet under den enkelte sektors opgavebeskrivelse.

Sundhedsstyrelsen har udgivet en "Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende" (nr. 9494 af 04.07.2002)¹⁴.

Børn af psykisk syge og børn som pårørende

Personer, der udøver offentlig tjeneste eller hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung

¹⁴ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=9166>

under 18 år har behov for særlig støtte. Der skal altså kun være tale om en formodning, før den såkaldte skærpede underretningspligt er gældende.

Formålet er at beskytte, men også at forebygge, således at familien får tilbudt støtte så tidligt som muligt. Hele familien er påvirket, når et familiemedlem har en psykisk sygdom. Børn er i særlig grad udsatte, fordi de i deres udvikling er afhængige af relationen til forældrene.

En underretning skal derfor betragtes som omsorg for et barn. Kvalificeret og kompetent hjælp til familien tidligt i et barns liv, kan måske forebygge mere alvorlige indgreb.

Når børn er pårørende er der evidens for, og erfaringer viser, at børn har behov for hjælp og støtte til at forstå en forælders sygdom og adfærd, og til at begribe hvad der sker i relationen mellem den syge og barnet.

Det skal derfor sikres, at der på børneniveau bliver talt om sindslidelsen samt hvordan familien påvirkes samt at det sikres, at besøg i psykiatrien kan foregå under betryggende rammer.

Der er i Region Sjælland uddannet en række nøglepersoner fra både sygehus psykiatrien samt kommunerne, som har særlig kompetence til at varetage opgaver vedr. børn af psykisk syge.

2.2. Dobbeldiagnosepatienter

En særlig målgruppe er de såkaldte dobbeltdiagnosticerede, altså personer med både en sindslidelse, fx skizofreni og et stof-/og eller alkoholmisbrug. En del af de dobbeltdiagnosticerede har vanskeligt ved at profitere af almindelige behandlingstilbud indenfor såvel psykiatrien som misbrugsområdet.

I henhold til sundhedsloven har kommunerne som udgangspunkt ansvaret for misbrugsbehandlingen (Sundhedsloven § 141 og 142 samt Serviceloven § 101) mens regionerne (sygehuspsykiatrien og praksissektoren) har ansvaret for behandlingen af den psykiske lidelse.

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkohol- og misbrugsområdet.

Hvis en person med et misbrug har en sindslidelse, som kræver indlæggelse eller behandling på sygehus herunder i Regionsfunktion, har sygehuset under indlæggelse ansvaret for også at behandle misbruget. Behandling af misbruget vil ofte være en forudsætning for, at patienten kan profitere af den psykiatriske behandling.

Påbegyndes behandling for misbruget under indlæggelse på sygehus, skal der med misbrugerens samtykke etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivning fra sygehus. Dette gælder også i de tilfælde hvor patienten efter indlæggelse fortsætter i ambulant behandling for sin sindslidelse i fx distriktpsychiatrien eller i almen praksis/speciallægepraksis.

Da det er helt afgørende for denne målgruppe, at der sikres sammenhæng og kontinuitet mellem de involverede sektorer indgår dobbeltdiagnosepatienterne som et særligt fokusområde i sundhedsaftalerne og der pågår løbende bestræbelser på at optimere samarbejdet.

3. Stratificering samt organisering af indsatsen

Forløbsprogrammet for patienter med kronisk skizofreni er den sygdomsspecifikke regionale udmøntning af Sundhedsstyrelsens generiske model for kronisk sygdom. Den generiske model er bygget op omkring stratificering af den kronisk syge og en gradueret indsats på baggrund af denne stratificering.

Den valgte stratificeringsmodel for dette program beskrives i nedenstående.

3.1. Stratificering af patienter med kronisk skizofreni

Alle patienter med kronisk skizofreni skal stratificeres med henblik på allokering til den, på det pågældende tidspunkt, mest hensigtsmæssige forankring af behandling og opfølgning. Stratificeringen er ikke endelig, da patientens tilstand kan forbedres, stabiliseres eller forværres. Den enkelte patient bør inddrages i de konkrete overvejelser.

Stratificeringen anvendes direkte ved planlægningen af den graduerede indsats.

Ansvar for stratificeringen ligger som udgangspunkt hos den læge, der har hovedkontakten til patienten, og stratificeringen kan i princippet foregå såvel i almen praksis, som i sygehusvæsenet. Der skal være størst mulig konsensus om stratificeringen blandt de involverede behandlere. Som udgangspunkt bør patienten første gang stratificeres umiddelbart efter, at diagnosen er blevet stillet. Efterfølgende foretages stratificeringen tilbagevendende, som minimum en gang årligt, fordi sygdomsgraden kan variere.

Patienterne stratificeres efter to dimensioner:

- 1) *Sygdomskompleksitet* – en sammenvejning af comorbiditet og den enkelte lidelses stadium.
- 2) *Egenomsorgsevne* bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og medansvar for egen sundhed, sammenholdt med patientens behov for sundhedsprofessionel støtte.

De to dimensioner er nærmere beskrevet nedenfor.

3.2. Vurdering af sygdomskompleksitet

Patientens sygdomskompleksitet vurderes ud fra sygdommens sværhedsgrad og/eller tilstedeværelsen af flere samtidige sygdomme.

Nedenstående model er et forsimplet billede af virkeligheden og tjener derfor alene som illustration af, hvornår sygehus og praktiserende læge / praktiserende speciallæge skal på banen i behandlingsforløbet. Stratificeringen kan således anvendes som en støtte i tilrettelæggelsen af det individuelle behandlingsforløb for den enkelte patient.

<p>1. Patienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velbehandlet udredt sygdom • God egenomsorgsevne <hr/> <p>Egen læge. Med eller uden kommunale foranstaltninger.</p>	<p>2. Patienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debuterende sygdom • Sygdomsforløb, hvor behandlingen er svær at gennemføre <hr/> <p>Hovedfunktionsniveau (ambulant eller indlagt) eller hos praktiserende psykiater. Samspil med kommunale foranstaltninger</p>
<p>3. Patienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sværere kompliceret sygdom pga. fx ringe egenomsorgsevne, kompliceret differentialdiagnostik, svær comorbiditet, behandlingsresistens <hr/> <p>Regionsfunktionsniveau . Oftest i samspil med kommunale foranstaltninger.</p>	<p>4. Patienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sværere kompliceret sygdom, der ikke kan behandles på regionsfunktionsniveau <hr/> <p>Højt specialiseret funktion (Landsdelsfunktion). Oftest i samspil med kommunale foranstaltninger.</p>

Kategori 1:

Patienter med velbehandlet udredt sygdom uden betydelige komplikationer, med god sygdomsindsigt og god egenomsorgsevne, her specielt forstået som evnen til at følge anbefalet behandling samt evnen til ambulant fremmøde.

Behandlingen på niveau 1 vil normalt kunne foregå ved egen læge med eller uden kommunale foranstaltninger.

Kategori 2:

Patienter med debuterende sygdom med behov for udredning og igangsætning af behandling samt psykoedukation svarende til det specialiserede 2-års forløb som er etableret i sygehusregi. Patienter med kroniske sygdomsforløb hvor behandlingen er svær at gennemføre eller ved samtidige komplikationer (comorbiditet, risikopatienter).

Behandlingen på niveau 2 vil normalt - afhængigt af egenomsorgsevnen - kunne foregå enten i sygehusregi på Hovedfunktionsniveau¹⁵ (som ambulant eller indlagt) eller hos praktiserende psykiater - i begge tilfælde i samspil med kommunale foranstaltninger. Ved behov for tværfaglig sundhedsfaglig indsats eller ved debuterende sygdom vil behandlingen normalt foregå i sygehusregi.

Kategori 3:

Patienter med sværere kompliceret sygdom der ikke kan udredes eller behandles i sygehusregi på Hovedfunktionsniveau eller hos praktiserende speciallæge pga. f.eks. ringe egenomsorgsevne, kompliceret differentialdiagnostik, svær comorbiditet, behandlingsresistens, risikopatienter eller særlige patientgrupper iht. SSTs visitationsretningslinier for Regionsfunktion-niveauet. Henvisning kan ske fra hovedfunktion eller praktiserende speciallæge.

Behandlingen på niveau 3 vil foregå i sygehusregi på Regionsfunktionsniveau som oftest i samspil med kommunale foranstaltninger.

Kategori 4:

Patienter med sværere kompliceret sygdom, der ikke kan behandles eller udredes på Regionsfunktionsniveau.

Behandling eller udredning på niveau 4 vil foregå i en Højt specialiseret funktion (Landsdelsfunktion) efter henvisning fra Regionsfunktionen, som oftest i samspil med kommunale foranstaltninger.

¹⁵ I Danmark er sygehusfunktionen opdelt i 3 niveauer: 1) Hovedfunktion: behandling på almindeligt specialiseret sygdomsniveau (ca. 90 % af henviste patienter), 2) Regionsfunktionsniveau: yderligere specialiseret behandling af komplicerede og mere sjældent forekomne sygdomstilfælde, 3) Højt specialiseret funktion: den højeste grad af specialiseret behandling, 1-2 funktioner på landsplan.

3.3. Vurdering af egenomsorgsevne¹⁶

Uanset hvilken af de fire kategorier i stratificeringen patienten placeres i, kan kommunen drages ind efter en vurdering af egenomsorgen. Hvis egenomsorgen vurderes som ringe, kontaktes kommunen med henblik på at hjælpe patienten til et bedre sygdomsforløb. Egenomsorg varetages af personen selv eller/og af personens netværk. Det er vigtigt at være opmærksom på, at patientens egenomsorgsevne kan ændres gennem et sygdomsforløb.

Det kan være en udfordring at opstille kliniske retningslinjer for vurdering af egenomsorg. Patienters evne til at udøve egenomsorg kan vurderes på baggrund af oplysninger om bl.a. eget funktionsniveau og ressourcer, alder, erhverv, uddannelsesniveau, socialt netværk, comorbiditet (herunder fysisk sygdom), misbrug, økonomi, boligforhold, arbejdsforhold, relation til partner, relation til familie og børn, tilstedeværelse af sygdom i nær familie og etnisk baggrund.

Tilsvarende kan der være områder, hvor patienten har nedsat egenomsorgsevne mens der samtidig er områder, hvor egenomsorgsevnen er god. Egenomsorgsvurderingen kan altså ikke ses som et sort-hvidt billede. Eksempelvis kan en patient udmærket være i stand til at varetage sin medicinering (god egenomsorgsevne), men ikke være i stand til at komme til ambulans behandling hos fx praktiserende læge eller speciallæge (betydeligt nedsat egenomsorgsevne) og må derfor tilbydes hjælp til sidstnævnte.

I stratificeringen forvaltes egenomsorg ud fra nedenstående forståelse:

God egenomsorgsevne er kendetegnet ved en høj grad af evne til at deltage aktivt i egen behandling.

Det betyder, at patienten er i stand til at følge en behandlingsplan, eksempelvis for medicinindtagelse. Patienten evner i høj grad at forebygge forværring af sygdom, samt at fremme egen sundhed ved høj grad af efterlevelse af anbefalede ændringer i livsstil.

Patienten har en god sygdomsforståelse og er i stand til at indhente viden om sygdommen og dens konsekvenser. Til god egenomsorgsevne hører også evnen til at kunne reagere hensigtsmæssigt på afvigelser fra det normale, og på baggrund heraf selv at kunne tage og holde kontakten til sundhedsvæsenet.

¹⁶ Kilder: "Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet", SST 2005; Sundhedsstyrelsen, 2006 a: "Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idé-katalog"; Sundhedsstyrelsen, 2006: "Egenomsorg - et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme."

Betydeligt nedsat egenomsorgsevne er kendetegnet ved lav grad af ressourcer til og nedsat tro på (self-efficacy) selv at kunne håndtere de krav, som patienten er stillet overfor i relation til at håndtere sygdommen og dens fysiske, psykiske og sociale konsekvenser i hverdagen.

Patienten kan være karakteriseret ved forringet sygdomsforståelse, mangel på viden eller nedsat funktionsniveau, hvilket påvirker evnen til at kunne agere hensigtsmæssigt på symptomer og forværring i sygdomstilstanden. Dette kan vise sig ved problemer med selv at kunne monitorere behandlingen, ved problemer med administration af medicin og ved manglende overholdelse af aftalte kontroller.

Denne patientgruppe har behov for ekstra støtte i sit behandlingsforløb til udvikling af en højere grad af egenomsorgsevne, hvor det er muligt. Der er behov for en tæt opfølgning af patienten, der går på, at der i samarbejde med patienten planlægges passende kontroller af sygdomstilstand og behandling. Kommunen inddrages med henblik på støtte til bedre egenomsorg.

Ansvar for egenomsorgsvurdering

En vurdering af egenomsorgsevne vil altid have et subjektivt præg, men det er vigtigt, at den altid foretages i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende.

Den praktiserende læge har som udgangspunkt det overordnede ansvar for egenomsorgsvurderingen i forhold til stratificeringen. Dette ansvar kan flyttes til sygehuslæge efter konkret aftale og vurdering af den enkelte patient. Personale fra både sygehus og kommune, f.eks. socialpsykiatrien og hjemmeplejen, har ansvar for at opspore ændringer i egenomsorgskapaciteten og melde disse til den ansvarlige læge.

3.4. Om rehabilitering

Rehabilitering som begreb anvendes i mange sammenhænge, og det fremstår ikke altid klart, hvad begrebet dækker over. Det betyder, at begrebet ofte forveksles med andre begreber såsom genoptræning, revalidering mv. Endvidere anvendes begrebet ikke konsekvent i hverdagen om indsatsen i forhold til patienten med skizofreni, som er dette programs målgruppe.

Rehabiliteringsbegrebet kan derfor virke fremmed for adskillige aktører, der bidrager til indsatsen som er beskrevet i dette forløbsprogram. Da rehabiliteringsbegrebet i den brede forståelse, der foldes ud senere i dette afsnit, omfatter det samlede forløb fra behandlingsstart til patienten så vidt muligt har generhvervet sit ønskede og mulige funktionsniveau, er det et begreb, som på bedste vis forklarer sammenhængen i indsatsen også, når opgaven går på tværs af sektorer. Det er derfor

vigtigt at sikre en fælles forståelse af rehabiliteringsbegrebet, idet den betydning, begrebet tillægges, er med til at regulere og beskrive praksis. Det er målsætningen for dette afsnit.

I dette program arbejdes hen imod definitionen fra Hvidbogen om Rehabiliteringsindsatsen (2004), idet den fokuserer på at sætte borgeren i centrum. Emnet vil i øvrigt blive sat på dagsordenen ved de årlige revisioner af forløbsprogrammet.

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

(Marseilborg Centeret, 2004, *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*, s. 16)

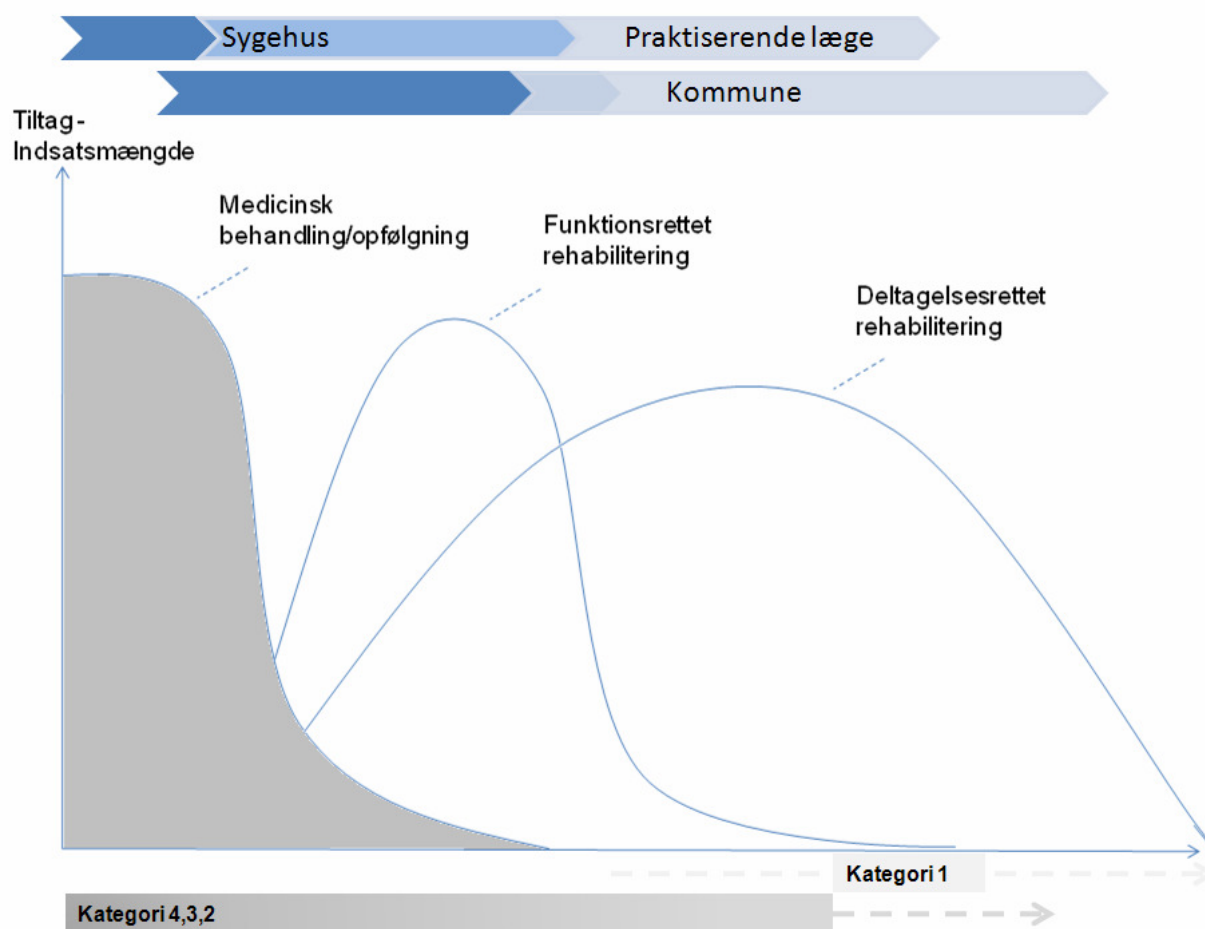
3.5. Om rehabiliteringsprocessen

Rehabiliteringsprocessen er individuel og kan som sådan ikke standardiseres, men den er inddelt i tre indsatsområder:

- Medicinsk behandling/opfølgning
- Funktionsrettet rehabilitering
- Deltagelsesrehabilitering

Indsatterne vil variere i tid og mængde og der kan være tale om at gå frem og tilbage i de tre, eller to af de tre områder. Rehabiliteringsprocessen vil forløbe individuelt, da den bygger på de ressourcer og interesser, som den enkelte patient har og de begrænsninger, som han/hun må forholde sig til. Igennem alle indsatsområderne er en god dialog mellem patienten og behandleren vigtig som en del af samarbejdsprocessen, hvor rehabiliteringen baseres på ”patientens hele livssituation og beslutninger” (fra definition af rehabilitering ovenfor).

Figur 1



Kilde: Figur 1 er fra I. Lie, *Rehabilitering og habilitering*, Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1996. Side 124.

Den behandlingsrettede indsats indeholder diagnostisering, opstart og opfølgning af medicinsk behandling oftest under en indlæggelse samt anden tværfaglig behandling i forhold til for eksempel at reducere tvangstanker ved at anvende og få støtte med metoder og strategier.

Den funktionsrettede indsats omhandler næsten udelukkende en bedring af funktionsevner. – bredt forstået. I forhold til evnen til aktivitet i hverdagen enten i hjemmet eller under en indlæggelse. Det kan handle om at strukturere hverdagen, klare de nødvendige ADL aktiviteter og fungere i visse sociale sammenhænge. Den funktionsrettede rehabiliteringsindsats kan bygge videre på de metoder og strategier, der blev anvendt i den behandlingsrettede indsats – dette kan

suppleres af andre metoder og strategier, hvor patienter lærer sig nye måder at fungere med deres skizofreni lidelse på.

I den deltagelsesrettede rehabiliteringsindsats arbejder patienten frem mod de mål og det liv, som han/hun ønsker sig. Indsatsen handler om at anvende og få det bedste ud af det funktionsniveau, han/hun nu engang har. Indsatsen vil for en stor del være rettet mod det samfund og det miljø, patienten skal fungere og deltage i. Patienten arbejder med identitetsproces, sociale roller og sit hverdagsliv.

3.6. Rehabilitering i de forskellige sektorer

Sygehuse, praktiserende læger og kommuner har fælles ansvar for rehabiliteringen, der kan inddeles således:

- Under indlæggelse
- Ambulant rehabilitering i sygehus-regi eller i kommunalt regi
- Den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase i kommunalt regi

Hvor rehabiliteringsprocessen i psykiatrien (se kapitel 7) i Region Sjælland vil være beskrevet i behandlingsplanen, så vil rehabiliteringsindsatsen i kommunen være beskrevet i den enkelte borgers handleplan.

3.7. Organisering – om Sundhedsaftalen og de forskellige roller

Sundhedsaftalen 2010-2014

Sundhedsaftalen 2010-2014 *Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum* er politisk godkendt af de 17 kommuner og Region Sjælland.

Sundhedsaftalen er opdelt i 6 indsatsområder, nemlig

- Indlæggelse og udskrivning
- *Mennesker med sindslidelse*
- Træning

- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Opfølgning på utilsigtede hændelser

Sygehusene, kommunerne og almen praksis har på tværs af indsatsområder forpligtiget sig til i fællesskab at sikre:

- Klare aftaler med mål og opfølgning
- Opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau
- Tidlig dialog i planforløbet, hvor tværsektoriel indsats er central
- Fælles ramme for tværsektorielt samarbejde om rehabilitering

Under indsatsområdet *Mennesker med sindslidelser* er der på voksenområdet sat særligt fokus på behovet for:

- Styrket samarbejde, dialog og kompetenceudvikling mellem sygehuspsykiatrien og socialpsykiatrien
- Forpligtende samarbejde mellem region og kommuner om rehabilitering

Som det fremgår af aftalen er udfordringen, at indsatsen for mennesker med sindslidelser skal løses i et samarbejde mellem kommunerne og almen praksis og det specialiserede sundhedsvæsen. Der er også på dette område involveret en lang række aktører, der er underlagt forskellig lovgivning mv. Der er derfor behov for i samarbejde at beskrive den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats. Arbejdsdelingen mellem de forskellige sektorer og faggrupper skal være klart beskrevet og sikre, at der er sammenhæng i opgavevaretagelsen omkring den enkelte patient og dennes pårørende.

Sundhedsaftalen er opdelt i 3 dele, nemlig en del der beskriver de politiske visioner og målsætninger, en del der sikrer at de formelle krav til sundhedsaftalen er opfyldt og en ”værktøjskasse” der indeholder konkretiseringer vedrørende arbejdsdelingen på de enkelte områder.¹⁷

¹⁷ Link til Vejledning vedr. Sundhedsaftalen 2010 - 2014:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/RO710.aspx?id=127154&exp=1>
 Link til Bekendtgørelsen vedr. Sundhedsaftalen 2010 - 2014:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/RO710.aspx?id=125826>

Med henblik på implementering og videreudvikling af aftalen er der på psykiatrimrådet etableret en tværsektoriel samarbejdsstruktur med 7 kommunale samarbejdsfora samt 1 tværgående samarbejdsforum (se side 65 i aftalen).¹⁸

Tovholderrollen i Almen Praksis

Sundhedsstyrelsen anbefaler i rapporten “Forløbsprogrammer for kronisk sygdom– generisk model”, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvaret for:

- At sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats.
- At vurdere patientens helbred løbende.
- At følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats.
- At bidrage til fastholdelse af behandlingsmål.

Tovholderen skal sikre, at patientens helbred løbende vurderes, og at behandlingen fastlægges i forhold til sygdommens progression, samt at behandlingen er koordineret på tværs af sektorerne.

Det er patientens praktiserende læge, der har funktionen som tovholder. Den praktiserende læge kan uddelegere dele af opgaven til praksispersonalet.

Som tovholder indgår den praktiserende læge i et formaliseret samarbejde med andre sundhedsprofessionelle fx praktiserende speciallæge, det kommunale sundhedsvæsen samt det specialiserede niveau på sygehuset. Ud fra kendskabet til patienten skal almen praksis tilgodese patientens behov for en koordineret indsats.

Nogle patienter har i perioder af deres sygdomsforløb kun sporadisk kontakt til almen praksis. Det er i disse perioder særligt vigtigt, at den praktiserende læge bliver orienteret om, hvad der foregår på sygehuset via elektronisk journalnotat specielt når der foretages ændringer af medicinering og øvrige ændringer af behandlingen. På samme måde er det af stor vigtighed at den praktiserende læge meddeler sygehuset, når den praktiserende læge ændrer i behandlingen specielt i fx medicinering af både psykofarmaka og anden somatisk medicinering.

Primærbehandler i psykiatrien

¹⁸ <http://www.regionsjaelland.dk/Sundhedsaftalen>

Under indlæggelse og ved ambulante behandling i psykiatrien får patienten tilknyttet en eller flere primærbehandlere (i Sundhedsloven defineret som sundhedsfaglig kontaktperson)¹⁹, som er ansvarlige for kommunikationen mellem patienten, pårørende, kommunen samt andre samarbejdspartnere.

Primærbehandleren skal tildeles patienten senest 48 timer efter indlæggelsen eller senest ved det 3. ambulante besøg. Patienterne skal både mundtligt og skriftligt oplyses om, hvem der er deres primærbehandler samt telefonnummer og træffetider på primærbehandler på sygehuset samt hvad ordningen indebærer. Oplysninger om primærbehandler noteres i sygehusjournalen. For de patienter, som har brug for kommunale ydelser, noteres det i sygehusjournalen, hvem der er den kommunale tovholder.

Primærbehandlerne spiller en vigtig rolle i samspillet mellem kommunen, regionen og borgeren, og sikrer, at der altid er én ansvarlig til at varetage borgerens sag bedst muligt når patienten er tilknyttet sygehuspsykiatrien. Ved overdragelse af en sag fra en instans til en anden er primærbehandleren ansvarlig for, at forløbet sker optimalt, således at borgeren/patienten ikke oplever, at han/hun tabes undervejs.

Når kommunen har akut behov for at komme i kontakt med sygehuset og ikke kender borgerens/patientens primærbehandler, sker kontakten via den psykiatriske akutmodtagelse.

Kommunal Tovholder

Kommunikation mellem sygehus og kommune foregår via patientens primærbehandler på sygehuset og via patientens/borgerens kommunale tovholder.

Borgeren med komplekse problemstillinger og modtager af flere kommunale ydelser fra forskellige forvaltninger og afdelinger skal have udpeget en kommunal tovholder med koordinationsansvar, som er den person i kommunen, der har det koordinerende ansvar for sagen.

Tovholderen skal sikre, at borgeren og samarbejdspartner får én vej ind i kommunen, og samtidig holde et overblik over sagen til gavn for borgeren og samarbejdspartneren.

Navn, telefonnummer og træffetider på den kommunale tovholder oplyses til patienten/borgeren og noteres i den kommunale journal. Endvidere noteres det i den kommunale journal, hvem der er patientens/borgerens primærbehandler på sygehuset.

¹⁹ <http://d4.regsj.intern/d4doc/book/docshow.asp?DokID=217221>

Kommunen udleverer desuden kontaktoplysninger om tovholderen til psykiatrien og praktiserende læge.

3.8.Samarbejdet mellem politiet, de sociale myndigheder og psykiatrien (PSP-samarbejdet)

Folketinget har med virkning fra 1. april 2009 besluttet, at politidirektøren i alle politikredse har initiativpligten til, at der bliver etableret et PSP-samarbejde. Det vil sige et samarbejde mellem politiet, de sociale myndigheder i kommunerne og psykiatrien i regionerne. Ideen med samarbejdsformen er at skabe et forum, hvor deltagerne kan koordinere indsatsen overfor særligt udsatte, der har behov for hjælp, men som ikke falder klart ind under et myndighedsområde som fx lovovertrædere, patienter i psykiatrien eller brugere i socialsektoren.

Formålet med PSP-samarbejdet er at koordinere politiets, de sociale myndigheders og psykiatriens indsats i forhold til socialt udsatte. Initiativet skal sikre, at disse borgere får bedst mulig hjælp. Samtidig skal PSP-samarbejdet forebygge, at de udsatte borgere udvikler eller fortsætter en kriminel adfærd. I PSP-regi kan lokale myndighedspersoner drøfte og aftale løsninger i vanskelige borgersager, også uden samtykke fra den/de involverede borgere.²⁰

Det fritager hverken politi, kommuner eller regioner for ansvar, men er tænkt som en effektiv vej til at styrke samarbejdet og koordinationen på tværs.

En sag vil typisk blive bragt op i PSP-regi, hvis den myndighed, der kender sagen, ikke føler sig klædt på til at løse opgaven alene og samtidig finder det påkrævet at gøre andet og mere for borgeren. Det er også et gennemgående træk ved mange PSP-sager, at der er tale om borgere, som har flere forskellige problemer og mangler ressourcer til at samarbejde om at forbedre deres egen situation.

Typiske karakteristika ved målgruppen:

- Truende adfærd overfor andre
- Voldsomt udadreagerende adfærd
- Til fare for sig selv eller andre
- Har børn/familie, der skal have hjælp
- Er ude i kriminalitet

²⁰ Retsplejelovens § 114, stk. 2 og § 115, stk. 1 og stk. 2

- Erkender ikke egen sygdom/socialt situation
- Er i risiko for at miste bolig eller på anden måde sit eksistensgrundlag, hvis der ikke gribes ind
- 3. person klager over vedkommende
- "Usynlig" og i fare for at "gå til" i egen lejlighed
- Karakteriseret ved flere samtidige problemstillinger

Der er i alle kommuner nedsat et samarbejdsforum med repræsentanter fra kommunal side, sygehuspsykiatrien og politiet (PSP-kontaktpersoner). Hvert samarbejdsforum har aftalt en fast mødekadence, hvor konkrete sager kan drøftes

3.9. Overgange og kommunikation mellem sektorer

I de følgende afsnit er der lagt vægt på aftaler omkring kommunikation mellem sektorer fra henvisning til afslutning af forløb, samt kommunikation i forbindelse med overlevering af opgaver mellem sygehusvæsen, almen praksis, praktiserende speciallæge og kommuner.

For at understøtte ambitionen om det sammenhængende forløb for patienter med kronisk skizofreni er kommunikation helt nødvendige redskaber for de parter, der skal samarbejde om indsatsen. Kommunikation tilstræbes at foregå elektronisk og med anvendelse af MEDCom-standards. Dette område er under udvikling. Indtil muligheden for at kommunikere elektronisk er udviklet er det vigtigt, at der aftales konkrete kommunikationsveje i samarbejdet. Eksempler på dette, som anvendes i samarbejdet, er [den gode henvisning](#), den gode epikrise mv.

4. Almen Praksis

Patientens alment praktiserende læge har en gennemgående rolle og fungerer som tovholder og skal i samarbejde med kommunen og den specialiserede sygehusafdeling/speciallæge i psykiatri medvirke til at sikre den bedst mulige indsats for borgere med skizofreni. Det forudsættes, at tovholder har individuelt kendskab til patienten, er tilgængelig og har indgående kendskab til sundhedsvæsnet og andre relevante aktører.

I sundhedsstyrelsens rapport ”Forløbsprogram for kronisk sygdom - generisk model” anbefales at alle patienter med en kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvaret for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op, herunder at sikre en proaktiv indsats
- at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål

Således får den praktiserende læge en meget central rolle i behandling af den skizofrene patient.

Hvor patientens behandlingsbehov ikke er kompliceret, eller der ikke er behov for en tværfaglig indsats, varetages behandlingen i almen praksis af praktiserende læger, praktiserende psykiatere og praktiserende psykologer.

Det er vigtigt at praktiserende læge er i stand til at varetage sin tovholderfunktion gennem løbende at blive orienteret i henhold til parternes aftaler om udveksling af informationer.

4.1. Tidlig opsporing og identificering af risikofaktorer.

Skizofreni er en sygdom, hvor tidlig opsporing har stor betydning for prognosen (se bilag 3 om tidlig opsporing). Det er derfor af stor vigtighed at almen praksis tidligt orienteres af andre aktører (skole, BUR, PPR, kommunen, vagtlæger og lign.) ved mistanke om evt. sindslidelse. Almen praksis har ofte kendskab til familiær forekomst af sindslidelse, misbrug og lignende risikofaktorer, som sammen med før nævnte orientering vil kunne bidrage til en tidlig opsporing og dermed indsats overfor den skizofrene patient.

Den praktiserende læge foretager foreløbig diagnostik og kortlægning, vurderer behov for udredning og henviser hurtigst muligt videre til Psykiatrien med henblik på yderligere udredning. Der lægges i denne fase vægt på, at der er foretaget relevante differentialdiagnostiske overvejelser, og at evt. samtidig somatisk lidelse og anden komorbiditet er diagnosticeret så vidt muligt.

Med baggrund i ovennævnte mistanke påhviler det den alment praktiserende læge at kontakte/opsøge patienten og undersøge denne. Ved bestyrket mistanke skal patienten primært henvises til sygehus med henblik på opstart af OPUS-behandling eller praktiserende speciallæge mhp. yderligere udredning og diagnostisk.

4.2. Henvisning, visitation og indkaldelse

De praktiserende læger er altid velkomne til at hente råd og vejledning i psykiatrien if. med behandling eller påtænkt henvisning herunder ifm. påtænkt tvangsindlæggelse mv. Henvendelsen kan rettes til den lokale Distriktpsychiatri eller til en af de tre Psykiatriske Akut Modtagelser (telefonnumre findes på Psykiatriens hjemmeside eller på Sundhed.dk/PraksisInfo).

Praktiserende læge kan henviser til Hovedfunktionsniveau i psykiatrien.

Henvisning sendes elektronisk eller ved akutte henvisninger indtelefoneres til den psykiatriske afdeling, der ifølge visitationsreglerne har ansvaret for behandlingen af patienten. Udgangspunktet for visitationen er patientens bopæl.

Der er udarbejdet en vejledning om ”den gode henvisning”, der opsummerer hvilke oplysninger der bør være i en fyldestgørende henvisning. Vejledningen ligger på Praksisinfo²¹.

For ældre patienter over 75 år findes særlige visitationskriterier til ældrepsykiatrisk behandling.

Såfremt der er behov for en akut eller subakut vurdering med henblik på indlæggelse eller andet tilbud kan dette aftales telefonisk med vagthavende læge i psykiatrien.

²¹ <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=74999.337>

Afhængig af problemstillingen foretages en koordinering mellem patienten og de relevante parter (f.eks. netværk, tidligere behandlere, socialpsykiatri, modtageafdeling.)

Henviser kan forvente at modtage en elektronisk kvittering for henvisning senest 5 hverdage efter henvisningen er sendt.

4.3. Individuel behandlingsplan.

Den psykofarmakologiske behandling af patienter med skizofreni er en specialist opgave, men anden medicinsk behandling ligger oftest i almen praksis. Patientens medicinske behandlingsplan bliver derfor ofte en fællesplan for psykiatrien og almen praksis. Almen praksis er tovholder for planen, men tæt dialog med andre aktører er nødvendig, hvorfor deltagelse i fx udskrivningskonferencer i sygehusregi kan være nødvendigt. Endvidere er dialog mellem behandlere i form af epikriser, opdaterede medicinlister og lign. helt grundlæggende for et godt behandlingsforløb for patienten.

4.4. Udskrivning fra psykiatrien

I de særligt komplekse forløb, skal egen læge tilbydes at deltage i planlægningskonference så tidligt som muligt i forløbet/umiddelbart efter indlæggelse. Der kan tillige være behov for at egen læge indbydes til at deltage i udskrivningskonference.

Udskrivningsbrev, med oplysning om indlæggelsesforløb, behandling, medicin samt oplysninger om den videre plan og eventuelle foranstaltninger i kommunal regi, skal være egen læge i hænde senest tre hverdage efter udskrivningen. Dette gælder både for planlagte og uvarslede udskrivelser. Hvis der er behov for kontakt til egen læge skal kontakten formidles inden udskrivningen. Det er vigtigt at være opmærksom på alvorlige bivirkninger/senfølger til den psykofarmakologisk behandling, fx udvikling af det metaboliske syndrom. Et ansvar som både påhviler almen praksis og behandlingspsykiatrien.

Særligt for dobbeltdiagnosepatienter skal der tilbydes udarbejdelse af koordinerede kommunale handleplaner og regionale behandlingsplaner med det formål at skabe fælles mål i arbejdet med såvel behandlings- som handleplan (se også kapitel 2.2).

I forbindelse med koordineringen af handle- og behandlingsplaner skal den praktiserende læge være inddraget, således at denne i sin ageren over for patienten er bekendt med det fælles mål med planerne og kan støtte op om dette. Inddragelsen skal som minimum ske ved skriftlig orientering ved kopi af handle- og behandlingsplan. Såfremt den praktiserende læge involveres i opgaver beskrevet i handle- og behandlingsplanerne, skal de involverede parter indgå en konkret aftale om formen på inddragelsen.

I de tilfælde, hvor borgeren nægter at medvirke til at udarbejde en udskrivningsaftale, og det af den behandlingsansvarlige overlæge skønnes nødvendigt, skal denne udarbejde en koordinationsplan (i henhold til psykiatriloven)²². Det skal noteres i journalen, at dette skøn er foretaget. Koordinationsplanen skal sendes til den praktiserende læge.

4.5. Henvisning til kommunale tilbud

Patienter med skizofreni vil ofte modtage kommunale tilbud, som ofte iværksættes i forbindelse med udskrivning. Evt. justeringer heraf kan foretages i samarbejde med egen læge (f.eks. hjemmesygeplejen, socialpsykiatri).

4.6. Kontrol og opfølgning.

Patienter med skizofreni vil ofte have et ambulans forløb i behandlingspsykiatrien eller hos privatpraktiserende psykiater og kontrol og opfølgning vil ske der. For at kunne varetage sin tovholderfunktion er det vigtigt at egen læge orienteres skriftligt om evt. medicinændringer eller andre behandlingstiltag.

4.7. Kommunikation mellem sektorer.

Med henblik på at opnå den bedst mulige behandling af patienten samt optimere egen læges funktion som tovholder er kommunikation mellem sektorerne vigtigt, således bør oplysninger om medicinjustering tilgå alle parter, som er involveret i den medicinske behandling. Ligeledes bør

²² <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134497>

bekymringer om forværring umiddelbart indrapporteres til tovholder, således at der kan handles hurtigt og hensigtsmæssigt.

4.8. Børn af psykisk syge

De praktiserende læger har en vigtig opgave i forhold til opsporing af børn med psykisk syge forældre.

Får lægen kendskab til eller mistanke om, at et barn eller en ung under 18 år udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har lægen pligt til at underrette kommunen. Henvendelse skal helst være skriftlig, og sendes til kommunens hovedpostkasse.

4.9. Tvangsforanstaltninger

For at kunne varetage tovholderfunktionen kan det blive nødvendigt med tvangsforanstaltninger, både for at kunne lave den indledende undersøgelse af patienten og i forbindelse med evt. indlæggelser. Her er samarbejde med sygehuspsykiatrien ofte tilrådelig. Tvivlsspørgsmål kan ofte hurtig afklares ved telefonrådgivning. Her følger et uddrag af dels de pligter der påhviler alle, dels de muligheder den praktiserende læge har for at kunne varetage sine pligter:

Tvangsindlæggelse og de ”nærmeste” pligt til at tilkalde en læge til en sindssyg person

Ifølge Psykiatriloven²³ har ”de nærmeste” pligt til at tilkalde en læge, hvis de iagttager en formodet sindssyg person, der ikke selv formodes at søge den nødvendige hjælp.

Ved ”de nærmeste” forstås i første række pårørende og andre nærstående, men faktisk gælder begrebet ”de nærmeste” alle borgere i samfundet, der måtte få kendskab til en formodet sindssyg person, der ikke virker som om den pågældende får den fornødne behandling.

²³ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134497>

På denne måde fremstår denne bestemmelse i Psykiatriloven som en pligt for alle borgere, helt som bestemmelsen i straffeloven om at man som borger har pligt til at hjælpe en hjælpeløs person og ikke bare må "vende ryggen til" en sådan situation.

Hvis "de nærmeste" ikke ved hvordan man får tilkaldt en læge, så påhviler det politiet at gøre dette. Man kan altså som borger kontakte politiet og begrunde sin mistanke om at en formodet sindssyg person ikke får den fornødne lægehjælp og bede politiet undersøge sagen nærmere, hvilket politiet så har en pligt til at gøre og evt. efterfølgende få tilkaldt en læge.

Hvis den tilkaldte læge efter sin undersøgelse af vedkommende finder, at indlæggelse af den sindssyge person er nødvendig for at gennemføre en behandling af tilstanden eller for at undgå at den pågældende er til konkret fare for sig selv eller andre, og hvis personen samtidigt nægter frivillig indlæggelse, så har lægen pligt til at tvangsindlægge den pågældende med politiets medvirken og bistand.

Tvangsindlæggelse på behandlingsindikation (gule papirer)

Hvis en person af den indlæggende læge vurderes som sindssyg og det vurderes at den pågældende kun kan behandles under indlæggelse på psykiatrisk afdeling og der samtidigt er en formodning om at behandling enten kan helbrede personen eller væsentlig bedre tilstanden eller forebygge forværring og personen nægter indlæggelse, så har lægen pligt til at tvangsindlægge personen på psykiatrisk afdeling efter medvirken og bistand fra politiet. Da der i denne situation ikke er tale om at personen er farlig for sig selv eller andre, så er psykiatrien forpligtiget til at modtage personen indenfor maksimalt 7 dage efter at tvangsindlæggelsespapirerne er skrevet af den indlæggende læge. Da disse blanketter, som bruges af lægen ifm. denne form for tvangsindlæggelse, hvor personen altså ikke også frembyder farlighed, er farvet gule, kaldes denne form for tvangsindlæggelse også for "indlæggelse på gule papirer".

Tvangsindlæggelse på farlighedskriteriet (røde papirer)

Hvis en person af den indlæggende læge vurderes som sindssyg og konkret farlig for sig selv eller andre, og det vurderes at den pågældende kun kan behandles under indlæggelse på psykiatrisk afdeling og personen nægter indlæggelse, så har lægen pligt til at tvangsindlægge personen på psykiatrisk afdeling efter medvirken og bistand fra politiet.

Da der i denne situation er tale om at personen er farlig for sig selv eller andre, så er psykiatrien forpligtiget til at modtage personen umiddelbart efter, at tvangsindlæggelsespapirerne er skrevet af den indlæggende læge. Da disse blanketter, som bruges af lægen ifm. denne form for

tvangsindlæggelse, hvor personen frembyder farlighed, er farvet røde, kaldes denne form for tvangsindlæggelse også for ”indlæggelse på røde papirer”.

5. Praktiserende speciallæge

Patienter som har behov for behandling hos praktiserende speciallæger i psykiatri visiteres af den praktiserende læge. I sjældne tilfælde vil der være tale om selvbetalere eller henvisninger over sundhedsforsikring. Den nye overenskomst giver mulighed for henvisning fra hospitaler og distriktpsychiatri, men denne henvisningsform er ikke aktuel i øjeblikket.

Patienter med kendt skizofrenidiagnose har ofte været i behandling i psykiatrisk afdeling/sygehus. Når patienten er færdigbehandlet i sygehusregi, kan det fremgå af epikrisen til den praktiserende læge, at der anbefales opfølgende behandling enten i almen praksis eller i speciallægepraksis. Ved henvisning til speciallæge, vil der ved de første samtaler blive foretaget en fornyet diagnostisk vurdering. Der tages stilling til behovet for ændringer i behandlingen – herunder ændringer i medikamentel behandling, drøftelse om behovet for yderligere indsats i forhold til pårørende netværk eller professionelt netværk og kontrol af relevante parakliniske data.

I stabile forløb vil patienter med skizofreni oftest blive set hver anden/hver tredje måned. Patienter, der er velkendte og stabile, kan ses med sjældnere intervaller, frem til de eventuelt afsluttes til fortsat behandling hos praktiserende læge.

Hos patienter med kendt skizofreni, hvor der indtræder forværring, intensiveres kontakten og kommunikationen med patientens netværk. Den medikamentelle behandling justeres. Ved utilstrækkelig effekt vil fornyet henvisning til sygehuspsykiatrien blive drøftet og evt. foretaget. Det kan være nødvendigt at etablere kontakt til den kommunale socialpsykiatri. Sjældent vil der være en overvejelse om indlæggelse ved tvang.

Ved andre patienter, henvist med anden diagnose eller uden tidligere kendt psykisk lidelse, hvor der ved gennemgang af psykopatologi findes skizofrenisymptomer, drøftes det mulige behandlingsforløb med patient og relevante pårørende. Der tages stilling til parakliniske undersøgelser inkl. MR-scanning.

Normalt vil yngre nydiagnosticerede patienter blive viderehenvist til OPUS-team eller psykiatrisk afdeling, men i ukomplicerede tilfælde, og hvor patienten selv har et ønske herom, kan

behandlingen videreføres hos praktiserende speciallæge i psykiatri – jvnf. ovenstående. Hos nydebuterede patienter gives psykoedukation bl.a. om sygdommens karakter og behandling.

6. Den kommunale indsats

6.1. Socialpsykiatrisk bistand, kommunale ydelser

Generelt:

Den kommunale støtte og hjælp til borgere med skizofreni beror på rigtig mange indsatsområder.

Der vil som udgangspunkt være støtte og hjælp fra mange forskellige områder, sektorer, afdelinger og forvaltninger. Derfor er det vigtigt at der i kommunerne er en tovholder der kan koordinere den mangeartede kommunale indsats, for derved at sikre at borgeren får den korrekte vejledning og støtte.

Skizofreni er en sygdom, hvor tidlig opsporing har stor betydning for prognosen. Det er derfor af stor betydning, at almen praksis orienteres så tidligt som muligt. Opsporing kan ske i kommunalt regi, fx i skolen, i Børne- og ungerådgivningen (BUR) samt i Psykologisk Rådgivning (PPR) Se bilag 3.

Børn og unge:

Indsatsen i forhold til unge, er i flere kommuner forankret i familieafdelingen eller lignende. Her kan der være støtte og hjælp til forskelligt i henhold til børne-unge området i Lov om social service, herunder ophold i plejefamilier eller botilbud til unge, tilbuddene kan såfremt der er bevilliget efterværn²⁴ gælde til den unge fylder 23 år.

Uddannelse:

I forhold til unge med skizofreni, kan der være hjælp i form af særligt uddannelsesforløb, som involverer, ungdommens uddannelsesvejledning (UUV), som har vejledningsforpligtelse til den unge er 25 år.

²⁴ **Efterværn: Tilbud til unge fra 18 til det fyldte 23. år:** Kommunen kan fortsætte eller bevilge en række børneforanstaltninger til unge i alderen fra 18 år og til det fyldte 23. år, hvis det vurderes at være af væsentlig betydning af hensyn til den unges behov for støtte, og hvis den unge i øvrigt er indforstået. Støtten skal have et fremadrettet fokus på den unges livssituation og evne til at føre en selvstændig voksertilværelse, med fokus på at understøtte den unges uddannelse og beskæftigelse samt øvrige relevante forhold, fx økonomistyring og anskaffelse af selvstændig bolig (Kilde: Lov om Social Service § 76) <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135328>)

Arbejdsperspektivet:

Indsatsen i forhold til tilknytningen til arbejdsmarkedet er i alle kommuner, knyttet til jobcentret, som har råd og vejledningsforpligtelse i forhold til mulighederne på arbejdsmarkedet, herunder sygedagpengeopfølgning, arbejdsprøvning, revalidering samt vurderinger og bevillinger i forhold til fleksjob. Det er som regel også jobcentret der tager initiativ til påbegyndelse af førtidspensions sag.

Den socialpsykiatriske indsats:

Socialpsykiatrien er primært baseret på støtte og hjælp i henhold til Lov om social service, som i de fleste kommuner er forankret i socialafdelingen eller lignende afdeling. Det er eksempelvis: støttekontaktperson (§ 99), støtte i eget hjem (§ 85), midlertidige (§ 107) og varige (§ 108) botilbud samt eventuelle tilbud om beskyttet beskæftigelse (§ 103) eller væresteder for psykisk syge (§ 104). Herudover er der hjælp til personlig pleje og praktisk bistand (hjemmehjælp § 83). Se i øvrigt uddybning nedenfor.

Den kommunale organisation

Myndighedsfunktionen laver det sociale udredningsarbejde, de lovpligtige handleplaner og bevilliger støtte/hjælp i henhold den enkelte kommunes serviceniveau og eventuelle kvalitetsstandarder.

Udførerne, også kaldet leverandørerne, er dem der leverer ydelserne til borgeren. Organiseringen af udførerområdet, er forskellig fra kommune til kommune, men det kan være særlige team til at yde støtte til borgerne i eget hjem samt forskellige botilbud, både kommunale, regionale og private. I de enkelte kommuner er der også tilbud om beskyttet beskæftigelse og de fleste kommuner har særlige væresteder til sindslidende. Værestederne er ofte med fri adgang, altså uden visitation.

Modtagerne, er borgerne, som er vurderet berettiget til støtte/hjælp.

Den socialpsykiatriske indsats retter sig mod personer, som har en betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Tilbud om socialpsykiatrisk bistand skal tage udgangspunkt i den enkeltes særlige behov og forudsætninger. Tildelingen skal altid ske på baggrund af en konkret, individuel vurdering af personens behov for hjælp.

Sundhedsaftalen 2010-2014

Med indsatsområdet ”Mennesker med sindslidelser” beskrives de kommunale handlinger, i forhold til inddragelse af samarbejdspartnere. Den sindslidende med skizofreni har særligt vanskeligt ved at tage vare på sit eget helbred, og er derfor afhængige af et stærkt tværsektorielt samarbejde. De

enkelte kommuner har igennem Sundhedsaftalen 2010-2014 sikret en tydelig indgang til kommunen med tydelige beskrivelser af tilbuddene og opgavevaretagelsen omkring den sindslidende. Ved henvendelse/ansøgning via www.sundhed.dk oplyses navn og kontaktmuligheder til den kommunale tovholder.

Sindslidende med skizofreni er sårbare og har ved indlæggelser brug for hjælp af plejepersonalet til at formidle kontakt til kommunens tovholder, med henblik på en tidlig tværsektoriel dialog om at rehabilitering iværksættes. Det er af stor betydning for den sindslidende med skizofreni at region og kommuner handler ifølge Sundhedsaftale 2010-2014.

6.2.Rehabilitering.

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

(Marseilisborg Centeret, 2004, *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*, s. 16)

Serviceoven beskriver ikke rehabilitering, men begrebet er formuleret ved at kommunerne skal tilbyde:

- en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer
- at forebygge, at problemerne for den enkelte forværres
- at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder
- at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og
- at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud
- kommunen skal yde hjælp til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte, hjælpen kan dog ikke ydes ved brug af fysisk tvang
- at påse, om der er pårørende eller andre, der kan inddrages i varetagelsen af interesserne for en person med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, og ligeledes være opmærksom

på, om der er behov for at bede statsforvaltningen om at beskikke en værge efter værgemålsloven.

Kommunen kan tilbyde den sindslidende med skizofreni, at modtage hjælp i den ambulante fase eller den sene opfølgings- og vedligeholdelsesfase. (Se afsnit 3.6).

Kommunens tilbud om hjælp er funktionsrettet og vil for den sindslidende med skizofreni tage udgangspunkt i at støtte op om de psykiske og sociale funktionsnedsættelser, borgeren anser som problematiske. Det er af stor betydning at den kommunale tovholder inddrages tidligt i samarbejdet omkring den indlagte borger, således at der ikke opstår urealistiske forventninger til det kommunale rehabiliteringsforløb for borgeren.

6.3. Kommunale tilbud til den sindslidende med skizofreni

Tilbud om hjælp efter Serviceloven bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges ud fra den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Det er op til den enkelte kommune at planlægge de tilbud der er relevante for målgrupperne i kommunen. Ligeledes udarbejder de enkelte kommuner kvalitetsstandarder der beskriver det generelle serviceniveau i kommunen. Derfor kan de enkelte kommuners tilbud til borgeren opleves meget forskellige som Væresteder, Socialpædagogisk støtte i eget hjem, midlertidige og længerevarende botilbud, beskyttet beskæftigelse. Den kommunale tovholder kan oplyse den sindslidende med skizofreni om tilbud som kan være relevante for borgeren.

Det er alene kommunen der vurderer om den sindslidende med skizofreni hører til målgruppen for et tilbud.

Nedenstående kommunale tilbud er et uddrag af de mest anvendte tilbud til sindslidende med skizofreni.

Generelt skal alle kommuner tilbyde:

- Kommunen skal tilbyde **hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling** af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer (§85)

- Kommunen sørger for tilbud om en **støtte- og kontaktperson** til personer med sindslidelser, til personer med et stof- eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som **ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig** (§ 99)
- Kommunen skal tilbyde behandling af **stofmisbrugere** (SEL § 101 og Sundhedslovens § 142.)
- Kommunen skal tilbyde **beskyttet beskæftigelse** til personer under folkepensionsalderen, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning (§ 103)
- Kommunen skal tilbyde **aktivitets- og samværstilbud** til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene (§ 104)
- Kommunen kan tilbyde **midlertidigt ophold** i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det (§107)
- Kommunen skal tilbyde **midlertidigt ophold**
 - 1) til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for **omfattende hjælp** til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig **behandlingsmæssig støtte**, og
 - 2) til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for **pleje eller behandling**, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte (§107)
- Kommunen skal tilbyde ophold i boformer, der er egnet til **længerevarende ophold**, til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til **almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling**, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis (§108)
- **Sundhedslovens § 141.** Kommunen skal tilbyde behandling til alkoholmisbrugere. Behandlingen er gratis, dog er der en egenbetaling til kost og logi, i forbindelse med døgnbehandlingstilbud. Kommunen skal iværksætte behandling senest 14 dage efter, at

alkoholmisbrugeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling. Behandlingen tilbydes i enten egne, regionale eller private tilbud. Den primære behandlingsform er ambulans. Behandling og rådgivning til alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det. Se også kapitel 2.2. om dobbeltdiagnosepatienter.

Herudover kan der være behov for andre kommunale ydelser i forhold til lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (LAB-loven), Lov om social pension m.m.²⁵

6.4. Handleplan/pædagogisk handleplan

Myndighed og udfører del på det kommunale socialpsykiatriske område herunder § 141 (SEL) handleplan og den pædagogiske plan

De fleste kommuner arbejder i dag med begreberne myndighed og udfører del. Myndigheden i en kommune er vejen til de ydelser borgeren kan opnå. Visitatoren i Myndighedsafdelingen visiterer til ydelsen, hvorefter bestillingen overgår til udfører delen der igangsætter opgaven.

Når en borger er indlagt i længere tid, og der ikke er tvivl, om at der ved udskrivning vil være brug for kommunale ydelser, er det vigtigt at indkalde borgerens sagsbehandler/visitator eller den ansvarlige psykiatrikoordinator i hjemkommunen, hurtigst muligt som beskrevet i Sundhedsaftalen.

Etableres et samarbejde allerede under indlæggelsen, vil det være muligt at udarbejde en handleplan (SL § 141), der beskriver formålet med den kommunale indsats, selve indsatsen og varigheden af denne. Desuden beskrives andre særlige kommunale indsatser. Borgeren skal have et ønske om at udarbejde en handleplan og skal samarbejde med denne.

Lykkes dette, kan der etableres kontakt til den lokale socialpsykiatri, således at borger og støttekontakt person/hjemmevejleder allerede på et tidligt tidspunkt kan begynde at etablere kontakten til hinanden. Typisk vil borger og Støtte- og kontaktpersonen (SKP)/hjemmevejleder lave en samarbejdsplan med udgangspunkt i handleplanen (SL § 141).

²⁵ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=128679>
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=132869>

Ved andre ydelser, så som behov for bosted el.lign. vil et tidligt samarbejde være en fordel for borgerens udskrivelse.

Ansvaret for handleplanen (SL § 141) ligger hos sagsbehandleren el. myndighedspersonen. I det videre forløb vil der typisk være en skriftlig samarbejdsplan mellem borger og SKP/hjemmevejleder. Hvis dette ikke er muligt vil SKP/hjemmevejleder udarbejde en pædagogisk plan for borgeren.

6.5. § 85 Socialpædagogisk bostøtte

Til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne kan det socialpsykiatriske tilbud være en pædagogisk støtte, som kan ydes til såvel borgere i eget hjem, såvel som til borgere, som bor i visse botilbud. Ydelsen kaldes Socialpædagogisk bostøtte (SPB).

Ydelsen kan bestå af et spektrum af støtte eller hjælp til f.eks.:

- At kunne overskue og handle i forhold til egen økonomi
- At få oparbejdet eller generhvervet sociale kompetencer
- At kunne opretholde eller retablere sociale netværk
- At kunne magte indkøb
- At kunne holde struktur i sin dagligdag
- At få ledsagelse og bisidder ved behandlings- og lægebesøg
- At kunne håndtere at have sygdomsrelaterede symptomer (eks. stemmehøring eller angst)
- At kunne deltage i aktivitets- og samværstilbud

6.6. § 99 SKP (Støtte- og kontaktperson)

Kommunen sørger for tilbud om en støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, til personer med et stof- eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig.

Formålet med indsatsen at styrke borgerens mulighed for at opnå og bevare kontakt til omverdenen ud fra egne ønsker og behov, og dermed gøre vedkommende i stand til at benytte samfundets muligheder og allerede eksisterende tilbud.

Ydelsen leveres til de mest socialt udsatte og isolerede borgere, herunder de sindslidende, stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse, som almindeligvis ikke gør brug af, eller ikke kan gøre brug af de allerede eksisterende tilbud.

For så vidt angår sindslidende er målgruppen ikke snævert afgrænsende til personer med egentligt psykiatriske diagnoser.

Der er tale om en målgruppe, som ikke nødvendigvis har haft kontakt med de sociale myndigheder på forhånd. Der er således ikke tale om en visiteret ordning. Alle kan henvende sig til kommunen og gøre opmærksom på, at en person har behov for hjælp, ligesom kendskab til målgruppen kan ske ved støtte-kontaktpersonernes opsøgende arbejde.

Borgeren har ret til anonymitet.

6.7. § 103 Beskyttet beskæftigelse

Kommuner tilbyder borgere med psykiske problemstillinger beskæftigelse, der er tale om beskyttet beskæftigelse i tit aftalte timer pr. dag. Arbejdet er tit opgaver på fx Reva værksted eller lignende.

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde beskyttet beskæftigelse til personer som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.

6.8. § 104 Væresteder

Serviceoven siger:

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene.

Værestedstilbud har til formål at øge den enkeltes livskvalitet i dagligdagen og retter sig især mod personer med behov for socialt samvær og aktiviteter i fællesskab. Tilbuddet giver mulighed for den enkelte til at komme hjemmefra og deltage i sociale aktiviteter og f.eks. at deltage i sundhedsfremmende aktiviteter.

6.9. § 107 og 108 Botilbud

Til borgere, som på grund af deres nedsatte funktionsniveau ikke magter at bo i selvstændig bolig skal kommunen tilbyde ophold i enten midlertidig bolig eller et varigt botilbud.

Tilbud om midlertidigt ophold sker med henblik på i en afgrænset periode (måneder til år) at tilbyde optræning og udvikling med henblik på atter at kunne bo i egen bolig,

Tilbud om længerevarende ophold tager derimod sigte på at opfylde behov for omfattende hjælp i almindelige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling.

6.10. Overgang fra Region til Kommune

I situationer, hvor der ikke allerede er etableret nogle af ovennævnte kommunale tilbud og hvor de skønnes at være relevante for det gode patientforløb, anbefales det, at Regionen allerede ved patientens indlæggelse eller snarest herefter indtænkes disse tilbudsmuligheder og at man tidligst muligt kontakter Kommunen og inddrager den i den kommende udskrivning af patienten.

I situationer, hvor der allerede er etableret kommunale tilbud er det ligeledes af største betydning, at fagpersoner fra det kommunale tilbud kontaktes, således at man i fælles kommunikation kan sikre den bedste sammenhæng i det gode patientforløb.

Kommunerne har sikret en klar og enkel adgang til det offentlige system på www.sundhed.dk og www.tilbudsportalen.

Indgangen til kommunerne sker via myndigheds/visitationsafdelinger der behandler ansøgninger og planlægger behov for evt. kommunale indsatser.

Tilbudsportalen beskriver leverandører hvor myndigheds/visitationsafdelinger kan bestille bevilgede ydelser til borgeren. Derfor skal al kommunikation vedr. nye ansøgninger indlæggelser og udskrivinger foregå igennem kommunens myndigheds/visitationsafdeling.

7. Den sundhedsfaglige indsats i psykiatrien

Indledning

Af Psykiatriplanen for Region Sjælland (link: <http://www.regionsjaelland.dk/regionens-opgaver/Psykiatrien2/Psykiatriplan/Sider/default.aspx>) fremgår det, at behandlingen i psykiatrien skal være brugerstyret, dvs. tage udgangspunkt i patientens behov og ønsker, samt grundlæggende tage afsæt i Recovery-tænkningen, dvs. det aldrig at miste håbet om bedring eller helbredelse, samt i relations- og netværkstankegangen, dvs. at opfatte relationen mellem behandlerne og patienten og dennes netværk som fundamentet for al øvrig behandling samt til stadig søge at inddrage patients netværk som aktiv samarbejdspartner i behandlingen.

I psykiatrien vil opgaven derfor i mødet med patienten først og fremmest bestå i at skabe en relation og en alliance mellem behandleren og patienten og dennes netværk. Det er en tidskrævende opgave, der kræver indføling og forståelse for de ofte læderede evner til opnå og vedligeholde relationer som ofte ses hos patienter med skizofreni.

Der arbejdes på at opnå en tillidsfuld relation, der i samarbejde med patienten og dennes pårørende, kan fastholde patienten i behandlingen og derved undgå tilbagefald og forværring af sygdommen.

Det er afgørende med et helhedsorienteret syn på tilstanden, da det ofte er mange områder i patientens liv, som er påvirkede af sygdommen.

Efter en vurdering af funktionsniveau og symptomer, hjælpes patienten og dennes netværk til at finde mestringsstrategier til håndtering af symptomerne samt de kognitive vanskeligheder, som sygdommen ofte medfører.

Oftentimes har patienten problemer med sociale færdigheder og skal have hjælp til at skabe struktur i hverdagen og under indlæggelsen fx. praktisk hjælp til åbning af breve samt handling på dette, udfyldelse af diverse skemaer og blanketter fra det offentlige, tøjvask, indkøb, hjælp til at genoprette kontakt til pårørende og det øvrige netværk, sundhedssystemet, de kommunale myndigheder osv.

Der vil som regel også være brug for hjælp til etablering af samarbejds møder/netværks møder med hele det kommunale system (hjemmeplejen, socialpsykiatrien, Job Center, myndighedsafdelingen, misbrugscenter, bosteder, væresteder, rådgivning/udbetaling osv.). Her er kontakten til den Kommunale Tovholder af stor værdi.

Psykoedukation i form af undervisning om håndtering af sygdommen, tilstrækkelig tid til dialog, rådgivning og vejledning for og med både patient og netværk, skaber tryghed og derved mulighed for en bedre egenomsorgsevne.

Det forebyggende arbejde med inddragelse af de pårørende og netværket er vigtigt, da man sammen kan være opmærksom på tidlige tegn på forværring, og dermed konkret forholde sig til en handleplan, som bør laves sammen i de gode perioder af sygdommen.

Ved overgange internt i psykiatrien fx mellem indlæggelse og ambulante behandling eller omvendt er det vigtigt, at primærbehandlerne i god tid tager kontakt til fremtidige primærbehandler mhp. skriftlig og mundtlig overlevering af behandlingsplaner og aftaler – helst i form af et netværksmøde med patientens og netværkets deltagelse.

Patienten med skizofreni kan have vanskeligt ved at lukke nye kontakter ind i sit liv og bør have mulighed for at møde en ny person i god tid inden en forestående overgang mellem sektorer f.eks. i forbindelse med en udskrivelse. Det samme gælder, hvis der skal etableres støttekontaktperson fra den kommunale socialpsykiatri efter eller sideløbende med et forløb i sygehuspsykiatrien. Ved planlægnings- eller netværksmøder bør patienten og pårørende deltage sammen med primærbehandleren fra psykiatrien således, at der så vidt muligt kan opnås samtykke om de fremtidige planer for støtte, behandling og rehabilitering.

For debuterende patienter, der tilbydes OPUS-behandlingen (se særligt afsnit), ligger der et særligt program, hvor patienten ugentligt har kontakt til sin OPUS-medarbejder, der bl.a. underviser i sygdommen sideløbende med socialfærdighedstræning. Dette foregår i grupper såvel som individuelt. Under forløbet er der familiesamtaler og tilbud om flerfamiliegrupeforløb for patient og pårørende. OPUS-medarbejderen tilknyttes patienten i 2 år og støtter og holder kontakten og virker som tovholder og koordinerer hele forløbet i et passende tempo for patienten (se bilag 3 om tidlig opsporing vedr. OPUS).

7.1. Patientens mulige veje gennem psykiatrien

I dette afsnit beskrives patientens mulige veje ind i, gennem og ud igen af psykiatrien - fra borgerens personlige fremmøde i Psykiatriens Akut Modtagelser (tidligere kaldet de psykiatriske skadestuer) til henvisning fra fx egen læge til ambulante behandling eller indlæggelse i psykiatrien og til udskrivning, afslutning eller opfølgning til og fra egen læge med eller uden kommunale foranstaltninger som opfølgning på den psykiatriske sygehushandling.

7.2. Psykiatrisk Akut Modtagelse (tidligere kaldet de psykiatriske skadestuer)

Der findes tre døgnåbne Psykiatriske Akut Modtagelser i hhv. Roskilde, Slagelse og Vordingborg, hvor enhver borger frit kan henvende sig med eller uden forudgående henvisning. En del patienter med længerevarende skizofreni benytter sig jævnligt af denne mulighed. I den Psykiatriske Akut Modtagelse vil patienten enten kunne afsluttes efter vurdering og evt. behandling og således kunne gå hjem igen, andre patienter vil det være nødvendigt at indlægge i modtagelsen til nærmere vurdering den følgende dag.

7.3. Henvisning, visitation og indkaldelse

De praktiserende læger er altid velkomne til at hente råd og vejledning i psykiatrien i forbindelse med behandling eller påtænkt henvisning herunder ifm. påtænkt tvangsindlæggelse mv. Henvendelsen kan rettes til den lokale Distrikpsykiatri (telefonnumre findes på Psykiatriens hjemmeside eller på www.Sundhed.dk/PraksisInfo) eller til en af de tre Psykiatriske Akut Modtagelser.

Der kan henvises til Hovedfunktionsniveauet i psykiatrien af:

- Praktiserende læge
- Praktiserende speciallæge
- Vagtlæge
- Andre sygehuse

Der kan henvises til Regionsfunktionsniveauet i psykiatrien, herunder til Regionsfunktion for behandling af kompliceret skizofreni, af:

- Hovedfunktionsniveauet i psykiatrien
- Praktiserende speciallæger i psykiatri

Derudover kan de enkelte afsnit i psykiatrien have specifikke aftaler med

- socialpsykiatrien vedr. indlæggelse af patient
- patienter, således at de kan henvende sig til afdelingen uden om vagtlægesystemet

Henvielse sendes elektronisk eller ved akutte henvisninger indtelefoneres til den psykiatriske afdeling, der ifølge visitationsreglerne har ansvaret for behandlingen af patienten. Udgangspunktet for visitationen er patientens bopæl.

Der er udarbejdet en vejledning omkring ”Den gode henvisning”, der opsummerer hvilke oplysninger der bør være i en fyldestgørende henvisning. Denne vejledning ligger på PraksisInfo.

For ældre patienter over 75 år findes særlige visitationskriterier til ældrepsykiatrisk behandling.

Såfremt der er behov for en akut eller subakut vurdering med henblik på indlæggelse eller andet tilbud kan dette aftales telefonisk med vagthavende læge i psykiatrien.

Koordinering omkring henvisningen

Afhængigt af problemstillingen foretages en koordinering mellem patienten og de relevante parter (eksempelvis netværk, tidligere behandlere, socialpsykiatri, modtagende afdeling).

Servicemål

Henvielse kan forvente at få en kvittering for henvisning senest 5 hverdage efter henvisningen er sendt /indtelefoneret.

Visitation

Der foregår visitation af patienter flere gange ugentlig.

Ved visitationen tages der stilling til hvorvidt patientens kontakt med sygehuspsykiatrien – enten indlæggelse eller ambulant - er relevant, eller om problemstillingen skal varetages i andet regi. Det sker på baggrund af en systematisk indsamling

af informationer:

1. patientens oplysninger
2. information fra pårørende, egen læge, distriktpsychiatri, gammel journal mv.

Indkaldelse

Ved en planlagt indlæggelse eller indkaldelse til ambulatorium sendes indkaldelsesbrev og evt. samtykkeerklæring til patienten. Hvis samtykkeerklæringen ikke medsendes, udfyldes denne så vidt muligt ved 1. samtale.

Såfremt det er relevant at tilbyde patienten behandling i psykiatrien skal denne behandling påbegyndes 60 dage fra henvisningstidspunktet.

7.4. Indlæggelse eller ambulat behandling i psykiatrien

Modtagelsen i psykiatrien

Patienten modtages ved indlæggelse af plejepersonalet. Sygehusets læge optager hurtigst muligt journal.

I ambulatorier modtages patienten af sekretær og der optages hurtigst muligt journal.

Endvidere udsendes elektronisk avis til kommunen ved indlæggelse. I henhold til Sundhedsaftalen er det sådan at såfremt patienten modtager sociale foranstaltninger i kommunen kvitterer kommunen med at elektronisk sende oplysninger om kommunal tovholder mv. til psykiatrien.

Diagnose og behandling

Vurdering af patienten og behandlingsplan

Når patienten bliver indlagt på et psykiatrisk sengeafsnit varetages behandlingen med udgangspunkt i indlæggelsesjournalen og den foreløbige behandlingsplan.

Der foretages desuden en planlægning af det videre forløb i form af Behandlingsplanen.

Behandlingsplanen skal laves i samarbejde med patienten.

Diagnostiske undersøgelser

1. Aktuelle omstændigheder og årsager til henvendelse
2. Psykopatologisk symptombeskrivelse
3. Somatisk forhold, undersøgelser og parakliniske prøver
4. Økonomiske og sociale forhold (udfyldes i afsnittet nedenfor: "Social udredning")

I øvrigt henvises til gældende retningslinjer (link til D4 ”voksne med skizofreni”):

<http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=217183>)

Supplerende undersøgelser

Der vil evt. blive udført test til afdækning af:

- Patientens funktionsniveau
- Bivirkninger af medicin

Hertil kan fx anvendes:

- Psykologisk test
- CT/MR scanning

Social udredning:

Den sociale udredning skal afdække patientens sociale forhold indenfor følgende områder:

- Forsørgelsesgrundlag (løn, kontanthjælp, sygedagpenge, understøttelse, pension m.v.)
- Boligforhold (ejer- eller lejebolig, hensigtsmæssig bolig, bosted, boligløs m.v.)
- Økonomiske forhold (balance mellem indtægter og udgifter, huslejerestancer, gæld m.v.)
- Familieforhold (børn, søskende, forældre m.v.)
- Beskæftigelsesforhold (aktuel beskæftigelse, tidligere eller ændringer i beskæftigelse)
- Uddannelsesforhold (i gang med udd., ophør med udd., skift i udd. m.v.)
- Netværk (venner, kolleger, fjerne familiemedlemmer m.v.)
- Offentligt netværk (egen læge, sagsbehandler(e), støttekontaktpersoner, hjemmepleje, m.v.)

Så tidlig som muligt i indlæggelsesforløbet skal der indledes et samarbejde med de pårørende og relevante eksterne samarbejdspartnere primært det kommunale system. Dette med henblik på at sikre en behandling i overensstemmelse med patientens behov og de regionale/kommunale ressourcer. Tanker om planlægning af udskrivelse skal indgå så hurtigt som muligt i indlæggelsesforløbet. Der henvises til samarbejdsaftale/sundhedsaftaler (link:

<http://www.regionsjaelland.dk/regionens-opgaver/psykiatrien2/forfagpersoner/sundhedsaftaler/Sider/default.aspx>).

Servicemål for behandlingsplan

I forbindelse med journaloptagelsen stilles en diagnose, og der opstilles en foreløbig behandlingsplan.

Senest 7 dage efter indlæggelsen skal der udarbejdes en behandlingsplan.

Ved ambulans behandling skal der senest ved 2. kontakt udarbejdes behandlingsplan.

Behandling

Behandlingen vil oftest være en kombination af medicinsk behandling fx antipsykotisk behandling, støttende individuelle samtaler eller netværksmøder, og en psykosocial udredning og efterfølgende social indsats.

Den tværfaglige psykiatriske behandling sigter mod at forebygge tab af sociale, personlige og fysiske kompetencer, samt at vedligeholde og opbygge de samme kompetencer i et terapeutisk miljø omkring patienten.

Herudover observeres og videregives observationer til behandlende læge.

Alle patienter undersøges i henhold til NIP-skizofreni for bivirkninger

For flere detaljer henvises til retningslinjen for behandling af ” voksne med skizofreni” (link til D4: <http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=217183>).

Samtykke til behandling

Alle undersøgelser og behandling foregår så vidt muligt efter informeret samtykke og i tilfælde af tvangsbehandling efter et mindste-middels-princip.

Hvis der ikke kan opnås informeret samtykke til den nødvendige undersøgelse eller behandling, så kan denne foregå ved tvang, hvis betingelserne for tvangsbehandling er opfyldte, jvf. Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Som ved al tvang skal patienten i disse tilfælde informeres mundtligt og skriftligt forud for den påtænkte tvang, og i tilfælde af påtænkt tvangsbehandling skal patienten have en passende betænkningstid, og når beslutning om tvangsbehandling er truffet skal patienten også have tildelt en patientrådgiver. Patienten kan klage over påtænkt tvangsbehandling, og dette vil oftest have opsættende virkning, således at tvangsbehandlingen kun kan påbegyndes efter at Det Psykiatriske Patientklagenævn har truffet en afgørelse i sagen.

Rehabilitering i psykiatrien

Med udgangspunkt i principper fra brugerstyret psykiatri og recovery, som er en del af værdigrundlaget i Regions Sjællands psykiatriplan (link:

<http://www.regionsjaelland.dk/regionens-opgaver/Psykiatrien2/Psykiatriplan/Sider/default.aspx>

), foregår behandlingen i Region Sjælland i et samarbejde med den enkelte patient efter en individuel behandlingsplan (link i D4 til "Behandlingsplan i psykiatrien":

<http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=217224>).

Rehabilitering er en individuel målrettet proces, der udelukkende kan foregå i et samarbejde med patienten. Den enkelte patient har sin egen oplevelse af, hvad der er vigtigt. I behandlingsplanen vil det fremgå hvad patienten især lægger vægt på og i hvilken retning patienten ønsker hjælp/behandling til at opnå eller arbejde mod disse mål som en del af patientens egne formulerede behov og forventninger.

For at styrke patienten i denne del kan patienten deltage i kortere eller længere forløb med psykoedukation, hvor patienten undervises og har dialog omkring diagnosen og et liv med skizofreni.

Forebyggelses- og sundhedsfremme vil være en del af rehabiliteringsprocessen. Dette kan være i forhold til kost, rygning, alkohol og motion, se næste afsnit for uddybning.

Rehabiliteringsprocessen skal starte så tidligt som muligt, for at få mest ud af rehabiliteringsprocesserne, da borgens funktionsniveau og sekundære problemer her vil være påvirket mindst muligt af skizofreni lidelsen. I tiden inden patienten har fået skizofrenidiagnosen og ved debuten, er det desuden vigtigt med en tidlig indsats for at forebygge udstødning fra arbejdsmarkedet, uddannelsessystemet, omlægning af vaner, ændringer af roller og afhængighed eller tab af netværket herunder familien (2).

Processen i rehabilitering beskrives som en del af behandlingsplanen med fokus på undersøgelse, vurdering af muligheder, målsætning, den individuelle plan og endelige gennemførelse og løbende evaluering. Da rehabiliteringsprocessen kun foregår i et samarbejde med patienten, ér dette i et samarbejde med patienten. Der vil derfor også være perioder i behandlingen, hvor man ikke kan tale om rehabilitering.

Rehabiliteringsindsatsen under behandlingen i psykiatrien skal beskrives både i epikrisen til egen læge og præsenteres for hjemkommunen mhp. muligheden for kommunal opfølgning på rehabiliteringsindsatsen.

Sundhedsmæssig risiko – identifikation og intervention

(D4 retningslinje : <http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=217231>)

Alle patienter bliver screenet for sundhedsmæssige risici under deres ophold i psykiatrien. Der hvor der findes en konkret sundhedsmæssig risiko vil der i samarbejde med patienten blive lagt en plan for nedbringelse af denne risiko. Dette vil typisk være i form af oplysning, rådgivning samt evt. praktisk anvisning på en sundere livsførelse.

Screeningen foregår på følgende områder:

Kost/ernæring:

Der skal foretages en vurdering af patientens ernæringstilstand og planlægges en evt. indsats omkring dette iht. gældende retningslinje (Link til D4) dokument.

Rygning:

Psykiatrien skal informere om helbredsmæssige konsekvenser af rygning, og henvise til rygestopkurser i kommunalt regi.

Alkohol og øvrigt misbrug:

Psykiatrien skal informere om de helbredsmæssige og psykiske konsekvenser af fortsat misbrug og informere om kommunens tilbud mhp. at stoppe misbruget.

Motion:

Psykiatrien skal motivere til fysisk aktivitet i hverdagen, og skal informere og motivere til kommunale motionstilbud og evt. private motionstilbud og tilbud om livsstilsrådgivning i kommunen.

7.5. Psykoedukation

Psykoedukation i Psykiatrien har fokus på patientens sygdomshåndtering, forebyggelse, sundhedsfremme og afstigmatisering. Psykoedukation stiller krav til behandlingskulturer, der understøtter patienters forskellige recoveryprocesser, så der skabes muligheder for at nå aftalte mål for behandlingen.

Psykiatrien er i forhold til diagnosen skizofreni underlagt DDKM standarden om forebyggelse og sundhedsfremme ”2.16.6 Undervisning af patienter med kronisk sygdom”²⁶. Det fremgår her at

²⁶ Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse (1.version 2009)

målgruppen skal tilbydes patientuddannelse der fremmer patientens evne til egenomsorg.

Psykiatrien Region Sjælland sidestiller psykoedukation med patientuddannelse og har som mål at følgende retningslinjer som et minimum skal opfyldes lokalt i Psykiatriens distrikter og afdelinger:

- Ansvars-/opgavefordeling mellem Psykiatrien og øvrige sektorer
- Undervisningsform, individuel og/eller gruppebaserede forløb
- Opfølgning
- Formidling til andre aktører i patientforløbet – primært læger i almen praksis og hjemkommunen

Formålet med indsatsen omkring psykoedukation er, at øge patienters muligheder for at håndtere deres liv med en psykisk sygdom. Patienter opnår gennem tilbud om psykoedukation muligheder for at deltage aktivt i behandlingen og kan i større grad få oplevelser af selv at have kontrol over symptomer, der følger med sygdommen.

Psykiatriens tilbud rettet mod psykoedukation er mangeartede og ses i Region Sjælland integreret forskelligt i behandlings tilbud. Der skelnes i dag mellem forskellige niveauer af psykoedukation, et generelt niveau på tværs af diagnoser, et særligt diagnoserelateret niveau og et intensiveret niveau hvor flere typer af behandlinger kombineres.

PSYKOEDUKATION ET GENRELT TILBUD PÅ TVÆRS AF DIAGNOSER	PSYKOEDUKATION SÆRLIGT RELATERET TIL DIAGNOSEN	INTENSIVERET KOMBINATIONSBEHANDLINGER HVOR PSYKOEDUKATION INTEGRERES
<ul style="list-style-type: none">• KAN TILRETTELÆGGES FOR PATIENTER OG DERES PÅRØRENDE I INDIVIDUELLE FORLØB OG/ELLER I GRUPPER• SIGTER MOD AT PATIENTER OG DERES PÅRØRENDE OPNÅR KOMPETENCER TIL AT HÅNDBERE DE UDFORDRINGER, DER UANSET DIAGNOSE KAN OPSTÅ AF AT LEVE MED EN PSYKISK SYGDOM	<ul style="list-style-type: none">• FOREGÅR OFTE I INDIVIDUELLE BEHANDLINGSSAMTALER MED LÆGE/KONTAKTPERSON UNDER INDLÆGGELSE OG AMBULANT BEHANDLING• SIGTER MOD AT PATIENTER OG DERES PÅRØRENDE TILEGNER SIG VIDEN OM DEN KONKRETE SYGDOM, SYMPTOMER SAMT EFFEKTEN AF FOREBYGGELSE OG REHABILITERING	<ul style="list-style-type: none">• TILRETTELÆGGES FOR PATIENTER OG PÅRØRENDE MED SÆRLIGT BEHOV FOR STØTTE TIL BEHANDLINGEN Gennem et INTEVISERET TILBUD I EN AFGRÆNSET PERIODE Gennem EX.:• OPUS• SOCIALFÆRDIGHEDSTRÆNING• FLERFAMILIETERAPI• TERAPEUTISKE FORLØB, KOGNITIVE, PSYKODYNAMISKE ELLER SYSTEMISKE TILGANGE

Psykoedukation tilbydes i Psykiatrien Region Sjælland både som stramt strukturerede og manualiserede gruppetilbud og/eller som en kombineret og integreret del Psykiatriens komplekse behandlingsforløb.

7.6. Regionsfunktion for behandling af kompliceret skizofreni

Hvor Hovedfunktionen er det første specialiseringsniveau i psykiatrien, så er Regionsfunktionerne det andet specialiseringsniveau. Behandling på Regionsfunktionsniveau svarer til stratificeringsniveau 3.

Henvisning til Regionsfunktionen kan kun foretages af Hovedfunktionsniveauet i psykiatrien eller af praktiserende speciallæge i psykiatri, fordi det inden henvisning forventes, at den hidtidige behandling skal være foretaget, vurderet og beskrevet i henvisningen af speciallæge i psykiatri.

Vejledning for henvisning til Regionsfunktionen for behandling af kompliceret skizofreni samt visitationskriterier vil fremadrettet findes på PraksisInfo/Psykiatriens hjemmeside.

Regionsfunktionen for behandling af kompliceret skizofreni, som i psykiatrien er placeret under Distrikt Køge, forventes at skulle behandle de ca. 5 % af alle patienter med skizofreni i psykiatrien, hvor den hidtidige behandling af forskellige grunde i Hovedfunktionen eller hos praktiserende speciallæge vurderes som så kompliceret og vanskelig, at behandlingen på dette niveau ikke opleves som tilstrækkelig, og hvor der er en begrundet formodning om, at man ved vurdering af, rådgivning fra eller behandling ved Regionsfunktionen vil kunne opnå et bedre resultat.

Ved kompliceret skizofreni kan forstås flere ting – fx samtidig fysisk sygdom, vanskelig indstilling af den medicinske anti-psykotiske behandling, samtidig graviditet eller samtidigt særligt vanskeligt behandleligt misbrug mv.

Regionsfunktionen for behandling af kompliceret skizofreni skal dels rådgive og støtte Hovedfunktionen og praktiserende speciallæger i psykiatri og herudover tidvist overtage behandlingsforløb enten ambulant eller som indlæggelse, men da oftest kun midlertidigt indtil Hovedfunktionen eller den praktiserende speciallæge i psykiatri igen kan tage behandlingen af den pågældende patient tilbage.

7.7. Udskrivning eller afslutning af behandlingsforløb i psykiatrien

Planlægning af udskrivelse

Så tidligt som muligt i indlæggelsesforløbet planlægges opfølgning efter udslusningen af patienten.

I forbindelse med udskrivningen sker der en endelig evaluering af patientens behov for opfølgning af forskellig art i forhold til den opstillede behandlingsplan.

I forbindelse med udskrivning skal der ske en vurdering af patientens egenomsorgsniveau, jf. stratificeringsmodellen.

Udskrivning efter indlæggelse kan ske med følgende muligheder:

- Overgang af behandling til egen læge.
- Overgang til ambulat behandling i distriktpsychiatrien eller anden ambulant virksomhed.
- Overgang til behandling i opsøgende psykoseteam.
- Behandling hos praktiserende speciallæge i psykiatri
- Til relevante kommunale foranstaltninger (indenfor Socialpsykiatriens område, hjemmeplejen mv.)

Ved udskrivningen skal der foregå et tæt samarbejde mellem patienten, pårørende og øvrige netværk, tværfagligt personalet fra sygehuset, kommunen og praktiserende læge, hvor der bl.a. i samråd med kommunen tages stilling til den sindslidendes evt. fortsatte behov for kommunale foranstaltninger.

Sundhedsaftalens bestemmelser for planlægnings- og udskrivningskonferencer ift. indbydelse af den kommunale samarbejdspartner skal anvendes.

Ukompliceret udskrivelse

Ved udskrivelser, hvor patienten udskrives til eget hjem eller botilbud og til den samme hjælp som før indlæggelsen eller med få mindre justeringer, kan planlægning af udskrivelsen ske via en telefonsamtale eller ved indkaldelse til konference mellem en af patientens primærbehandlere på sygehuset og patientens kommunale kontaktperson/tovholder. Kommunen skal kontaktes inden kl. 13.00, hvis patienten udskrives næste dag.

7.8. Kompliceret udskrivelse

Planlægningskonference

Ved et kompliceret patientforløb, hvor sygehuset vurderer, at der er sket en væsentlig ændring i behovet for kommunale ydelser, skal der hurtigt efter indlæggelsen aftales en planlægningskonference mellem repræsentanter fra sygehus, kommune, patienten og hvis patienten ønsker det eventuelle pårørende.

Formålet med planlægningskonferencen er at indlede en dialog mellem patient, sygehus og kommune med henblik på fremtidig støtte og/eller behov.

Allerede på Planlægningskonferencen orienteres kommunerne om den forventede indlæggelsestid, det vil sige hvornår patienten forventes at være færdigbehandlet og på baggrund heraf aftales den videre procedure, herunder tidspunktet for afholdelse af udskrivningskonference. Udgangspunktet er at patienten ikke er indlagt i længere tid end nødvendigt.

Udskrivningskonference

Det forudsættes at de personer, der deltager fra kommunernes side, er relevante personer fra myndighedsområdet, der har indgående kendskab til borgeren. Patienten og, hvis der foreligger samtykke fra patienten, eventuelle pårørende tilbydes at deltage i konferencen og er med i beslutningsprocessen. Dette gælder for børn og voksne. Mindreårige børns deltagelse beror på en konkret vurdering.

Koordinering

Det er sygehusets ansvar at varetage koordineringen i forhold til planlægnings- og evt. udskrivningskonferencer. Kommunen skal inddrages senest 3 hverdage før afholdelse af udskrivningskonferencen.

For at skabe et hensigtsmæssigt patientforløb som ikke forlænges unødigt, på grund af at parterne ikke kan mødes, anbefales at sygehuse og kommuner har 2-3 faste mødetider pr. uge som reserveres til planlægningskonferencer og udskrivningskonferencer. Det anbefales tillige, at der anvendes IT teknologi som videokonferencer, hvis det er hensigtsmæssigt.

Begge parter er forpligtiget til at sikre, at man dagligt er tilgængelige for den anden part, således at der kan indkaldes til møde. Det kan være via mail eller telefon. Hvis kommunen ikke kan deltage inden 3 hverdage, kan sygehuset melde patienten færdigbehandlet til den dato, som er

anført som forventet udskrivningsdato.

Ved behov skal der afholdes udskrivningskonference senest 5 dage før forventet udskrivning. Ved konferencen

oplyses den forventede dato for udskrivning af patienten, Viser det sig, at patienten alligevel ikke er klar til udskrivning på denne dato skal sygehuset oplyse kommunen herom, ændre patientens status i registreringssystemet samt meddele en fornyet forventet udskrivningsdato til kommunen hurtigst muligt.

Fra behandlingspsykiatrien videregives oplysninger om de behov, patienten vurderes at have, efter udskrivning. Det er kommunen, der afgør, hvilke tilbud og foranstaltninger, der skal tilbydes en borger, efter udskrivning.

Yderligere udveksling af oplysninger i forbindelse med udskrivning

Planlagte udskrivelser

Hvis kommunen skal stå for medicineringen efter udskrivelsen, informerer regionen kommunen skriftligt om, hvilken medicin patienten skal have fremover, og om eventuel ambulans behandling. Patienten får udskrift af medicinstatus ved udskrivningen.

Patienten får ved udskrivelsen medicin med, så det sikres, at der ikke opstår et slup i behandlingen ved udskrivelsen.

Ved udskrivning skal regionen sikre, at alle patienter (som kommunen skal levere ydelser til) får udleveret skriftlig oplysning om navn, telefonnummer og træffetider på den kommunale kontaktperson/tovholder.

Uvarslet udskrivelse

Ved en uvarslet udskrivelse, skal helbredsoplysninger videregives til kommunen uden patientens/borgerens samtykke, såfremt den behandlingsansvarlige læge konkret vurderer, at dette er af væsentligt hensyn til patienten.

Kontakt til egen læge ved udskrivning

Udskrivningsbrev med oplysninger til egen læge om indlæggelsesforløb, behandling, medicin samt oplysning om den videre plan og eventuelle foranstaltninger i kommunalt regi, skal være egen læge i hænde senest 3 hverdage efter udskrivningsdagen. Dette gælder både for planlagte og uvarslede udskrivelser.

Hvis der umiddelbart er behov for kontakt til egen læge, skal kontakten formidles inden udskrivningen.

I de særligt komplekse forløb skal egen læge sammen med kommunerne tilbydes at deltage i konference så tidligt som muligt i forløbet/umiddelbart efter indlæggelse.

Kontakt til egen læge.

Inddragelsen skal som minimum ske ved skriftlig orientering ved kopi af handle- og behandlingsplan.

Såfremt den praktiserende læge involveres i opgaver beskrevet i handle- og behandlingsplanerne, skal de involverede parter indgå en konkret aftale om formen på inddragelsen.

Udskrivningsaftaler og Koordinationsplaner iht. Psykiatriloven

I Psykiatriloven er det bestemt, at såfremt en psykiatrisk patient ikke formodes at selvstændigt kunne søge og passe den relevante efterbehandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred efter en udskrivelse fra psykiatrisk afdeling, så har overlægen pligt til at sørge for at der indgås en frivillig såkaldt udskrivningsaftale hvor patienten giver sin tilladelse til at professionelle samarbejdspartnere som fx den praktiserende læge, psykiatrien og kommunen må udveksle oplysninger omkring pt. s helbredsforhold mhp. at støtte patienten i at passe den relevante behandling/støttetilbud. Såfremt der ikke kan indgås en frivillig udskrivningsaftale så skal overlægen tage initiativ til at der indgås en såkaldt koordinationsplan, der giver den samme mulighed for kommunikation mellem de professionelle samarbejdspartnere med i dette tilfælde uden patientens samtykke. Koordinationsplanen skal sendes til kommunen og den praktiserende læge. Kriminalforsorgen og politi modtager koordinationsplanen, hvis de er omfattet af denne.

Om opsøgende distriktssygeplejersker i Psykiatrien.

Fra 1. juni 2011 vil der i psykiatrien være ansat såkaldte ”opsøgende distriktssygeplejersker”, der som målgruppe vil have netop de patienter, som har sværest ved at holde behandlingskontakten efter udskrivelse, og hvor fastholdelsen af en behandlingskontakt er meget nødvendig både for at bevare helbredet og dermed forebygge indlæggelse men også for at forebygge den evt. kriminalitet som kan forekomme hos ikke-tilstrækkeligt behandlede patienter under uheldige omstændigheder.

Epikrise / brev til egen læge / underretning af kommune ved udskrivning/afslutning

Ved udskrivelse udsendes inden 3 hverdage epikrise til egen læge, og eventuelt speciallæge i psykiatri.

Ved afslutning af ambulante behandling sendes et afsluttende notat til egen læge.

Både i epikrisen og i det ambulante afsluttende notat resumeres behandlingsforløbet kort og evt. anbefalinger omkring den fortsatte behandling, opfølgning på ”skæve laboratoriefund” eller påbegyndt somatisk behandling eller andre behov for opfølgning hos egen læge gives tillige med en aktuel medicinstatus.

Der udsendes elektronisk avis til kommunen ved udskrivning.

Forebyggelse af genindlæggelse

Den planlagte efterfølgende behandling og de evt. kommunale støttetilbud og øvrige foranstaltninger skal forebygge tilbagefald og eventuel genindlæggelse. Psykoedukation under indlæggelse sigter ligeledes mod dette.

7.9. Specielle behandlingsforløb eller omstændigheder

Dobbeltdiagnoser - dvs. patienter med psykisk sygdom og samtidigt misbrug af alkohol eller andre stoffer

Dobbeltdiagnosepatienter skal tilbydes udarbejdelse af koordinerede kommunale handleplaner og regionale behandlingsplaner med det formål at skabe fælles mål i arbejdet med såvel behandlings- som handleplan (se også kapitel 2.2).

Ansvarlige kontaktpersoner for den regionale og kommunale indsats skal udpeges.

I forbindelse med udskrivning skal patienten skriftligt have oplyst navn, telefonnummer og træffetider på den Kommunale Tovholder han/hun skal kontakte i kommunen.

Tovholderen er den person i kommunen, der har det koordinerende ansvar for sagen, jf. afsnit 4.1.1 i Sundhedsaftalen om ”Kommunal tovholder i særligt komplicerede sager”.

I forbindelse med koordineringen af handle- og behandlingsplaner skal den praktiserende læge være inddraget, således at denne i sin ageren over for patienten er bekendt med det fælles mål med planerne og kan støtte op om dette, jf. afsnit 3.2 i Sundhedsaftalen.

Patienter med en retslig foranstaltning

Nogle patienter med længerevarende skizofreni vil have begået en eller anden form for kriminalitet, for hvilken de typisk er blevet idømt en af følgende retslige foranstaltninger:

- Dom til ambulat psykiatrisk behandling typisk med tilsyn fra kriminalforsorgen
- Dom til psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse iht. dommen og med tilsyn fra kriminalforsorgen
- Dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling

Sådanne domme kan kun varetages i sygehusvæsnet – dvs. behandlingsansvaret ift. dommen kan kun varetages af en overlæge ansat i psykiatrien.

Da patienter med en retslig foranstaltning er dømt til netop behandling, henvises vedr. den generelle behandling af sygdommen skizofreni til de øvrige afsnit om behandling af skizofreni. Et vigtigt element i behandlingen vil dog også være, at man gennem hele behandlingsforløbet også forholder sig til den pådømte kriminalitet.

Hvis det drejer sig om særligt farlige psykotiske patienter kan disse ved dekret fra Justitsministeriet anbringes på Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland mhp. behandling af deres farlighed.

Herudover vil nogle patienter, der mistænkes for kriminalitet for hvilken, der endnu ikke er fældet en dom, kunne blive anbragt efter retslig kendelse som varetægtsfængslede i surrogat på en lukket psykiatrisk afdeling. I et sådant tilfælde er det politiet, der bestemmer hvilke vilkår for fx udgang, brevveksling mv. der gælder under opholdet på den psykiatriske afdeling.

7.10. Indsats og effekt der dokumenteres og monitoreres

Bl.a. som led i Den Danske Kvalitets Model (DDKM) dokumenteres og monitoreres i psykiatrien mange aspekter af den samlede behandlingsindsats mv. Det drejer sig bl.a. om følgende områder:

NIP-Skizofreni

I det Nationale Indikator Projekt (NIP) monitoreres en række aspekter af behandlingsindsatsen omkring sygdommen skizofreni. Data indberettes til en central database og der afholdes regelmæssige audits, hvor man kan se i hvilken grad den enkelte afdeling opfylder de standarder som en central styregruppe har sat for en kvalitativ tilfredsstillende behandling. Resultaterne

offentliggøres efterfølgende og afdelingerne kan på denne måde sætte ind på områder hvor de ikke endnu opfylder de pågældende standarder. Man kan læse mere herom på www.nip.dk

Patient- og pårørendetilfredshedsundersøgelser

Der gennemføres med regelmæssige mellemrum løbende patient- og pårørendetilfredshedsundersøgelser i psykiatrien både for ambulante og indlagte patienter. Resultaterne analyseres og danner baggrund for målrettede handlingsplaner, der skal højne tilfredsheden på områder, hvor der er mulighed for forbedring.

SEI – Statens Elektroniske Indberetningssystem vedr. tvangsforanstaltninger

Iht. gældende lovgivning og bestemmelser indberetter psykiatrien tvangsforanstaltninger iht. Psykiatriloven elektronisk til SEI. På denne måde genereres data omkring antallet af de forskellige tvangsforanstaltninger, hvilket bruges til at afdække evt. forskelle i brugen af de forskellige tvangsforanstaltninger over tid og mellem forskellige afdelinger lokalt, regionalt og nationalt i psykiatrien. Dette fører igen til nærmere analyser, der har til hensigt at medvirke til den størst mulige formindskelse af brugen af tvangsforanstaltninger i psykiatrien generelt.

8. Implementering og revision af forløbsprogrammet

8.1. Implementering

En effektiv implementering af forløbsprogrammet kræver dels at relevante aktører kender og anvender forløbsprogrammet samt besidder de rette kompetencer, og dels at kulturen understøtter og anerkender de tankegange og organisatoriske principper, der knytter sig til ”modellen for behandling af kronisk sygdom”.²⁷

Det er et fælles ansvar for såvel kommuner, almen praksis og region at sikre ledelsesmæssig forankring af implementering af forløbsprogrammet.

Implementeringen af forløbsprogrammet vil blive behandlet i Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation (TSP og KSP'er) og i samarbejdet med praksiskonsulenterne²⁸. Det vil være op til det enkelte forum at beslutte hvordan arbejdet skal gennemføres.

Region Sjælland har herudover initiativ-pligten i forhold til at igangsætte en række implementeringsaktiviteter i 2011 og 2012. Der afrapporteres om aktiviteterne til den Administrative Styregruppe i starten af 2012.

Fra 2012 og fremover:

Ved første revision af forløbsprogrammet (se kapitel 8.3) fastlægges en revideret plan for implementering, aktiviteter og ansvar.

8.2. Aktiviteter og tidsplan for implementering

Der gennemføres temadage og kompetenceudvikling i året efter forløbsprogrammets udarbejdelse.

1. Temadage om kronisk sygdom og forløbsprogrammer

²⁷ SST: Forløbsprogrammer for Kronisk Sygdom, 2008, side 13.

²⁸ Se Sundhedsaftalen s. 65. <http://www.regionsjaelland.dk/regionens-opgaver/sundhed/borgere/Sundhedsaftalen/Sider/default.aspx>

- 2012.

2. Målrettet kompetenceudvikling for udvalgte faggrupper jf. identificeret behov under arbejdet med forløbsprogrammet

- 2012.

Udover ovennævnte aktiviteter gennemføres informationsaktiviteter.

Følgende målgrupper er relevante for såvel temadage, kompetenceudvikling og informationsaktiviteter:

Patienten

- patientforeninger.

Praksissektor

- lægelaug.
- sygehuspraksiskoordinator.

Kommunen

- Psykiatrikoordinator, støttekontaktpersoner mm.
- praksiskonsulenter.
- fysioterapeuter.
- Ergoterapeuter.
- private aktører (herunder botilbud).
- Sundhedsfagligt personale på sundhedscentre.
- Pædagoger og øvrigt sundhedsfagligt personale.
- Etc.

Sygehuset

- Alle voksenpsykiatriske distrikter i Psykiatrien, Region Sjælland
- Afdelingerne for Regionsfunktioner, retspsykiatri og ældrepsykiatri
- Faggrupper med særlige funktionsområder:
 - Læger
 - Ergoterapeuter og fysioterapeuter
 - Socialrådgivere
 - Opsøgende distriktssygeplejersker

- Etc.

8.3. Evaluering og revision af forløbsprogrammet

For at sikre at ny faglig viden og organisatoriske forandringer er med i programmet, skal forløbsprogrammet årligt evalueres og evt. revideres. Endvidere skal det sikres, at forløbsprogrammet fortsat lever op til nationale retningslinjer. Der vil endvidere være særlig fokus på at udvikle en fælles tilgang til monitorering af kvalitet, med fælles indikatorer mv.

Den Administrative Styregruppe vurderer én gang årligt efter høring af relevante parter, om der er behov for at programmet opdateres. Der indkaldes herefter en gruppe til at udføre arbejdet, med udgangspunkt i samme gruppe som udarbejdede programmet (jf. bilag 1).

Det reviderede program godkendes af den Administrative Styregruppe, og behandles i Sundhedskoordinationsudvalget såfremt det vurderes, at programmet giver anledning til yderligere udgifter.

Endvidere har de enkelte medlemmer af forløbsgruppen ansvar for at melde ind til den administrativt ansvarlige, hvis der undervejs opstår ny praksis på et område, således at forløbsprogrammet bør opdateres.

9. Monitorering af kvalitet

9.1. Diagnose- og kontaktregistrering

Stratificeringsniveauet fastlægges enten på sygehuset eller hos den praktiserende læge. Alle kontakter, der vedrører personens skizofreni-sygdom, bør registreres såvel i almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen som det specialiserede sundhedsvæsen.

Registrering i almen praksis

Diagnoseregistrering er en forudsætning for at få overblik og systematik i behandlingen af skizofrene i almen praksis. I almen praksis diagnose- og kontaktregistreres med ICPC-koder. Data fra diagnose- og kontaktregistrering i almen praksis opsamles i Dansk Almen Medicinsk Database, DAMD.

Registrering på sygehus

Patienter med skizofreni i behandling (ambulant eller indlagt) på sygehus diagnose- og kontaktregistreres med diagnoser fra ICD-10-systemets koder i gruppen F 20.0 – F 20.9. Data fra diagnose- og kontaktregistrering i sygehusvæsenet opsamles i Landspatientregistret.

Registrering i kommunen

Af hensyn til kvalitetsmonitorering af patientforløb anbefales at det undersøges hvilke muligheder der er for, at kommunernes dokumentationssystemer kan understøtte en systematisk opsamling af data, herunder identifikation af diagnoser og vurderinger af funktionsevne og dokumentation af leverede ydelser.

9.2. Monitorering af kvalitet

Monitorering af kvalitet er dækket i de enkelte sektorafsnit.

Sundhedsstyrelsens anbefaler i den generiske model for forløbsprogrammer, at monitorering af kvalitet omfatter:

- Kliniske resultater

- Organisatoriske faktorer
- Patientens oplevelse af forløbet

Endvidere bør de standarder og indikatorer der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) anvendes.

Disse retningslinjer er udgangspunktet for monitoreringen i alle sektorer og der vil ved revision af forløbsprogrammet være særlig fokus på at udvikle fælles tilgang, indikatorer mv. Der arbejdes også hen imod at sikre at kommunerne kan tilgå fælles databaser.

Organisatorisk ansvar for monitorering af kvalitet

Det er et fælles ansvar for såvel kommuner, almen praksis og region at sikre ledelsesmæssig forankring af monitorering af forløbsprogrammets kvalitet. Afrapportering sker årligt til den Administrative Styregruppe.

10. Bilag 1 – Deltagerliste projektgruppe

Formandskab	
Formand Sygehuse	Michael Bech-Hansen, Ledende overlæge, Psykiatrien, Distrikt Køge
Koordinator Kommuner	
Kommune	Navn
Faxe	Dan Stefan Nielsen, Leder af Socialpsykiatrien og Misbrugsrådgivningen
Greve	
Guldborgsund	Rudi Brandt, Områdeleder, Socialpsykiatrien
Holbæk	Anne-Lise Pedersen, Socialcentret
Holbæk	Kim Torup, Afdelingsleder, Socialpsykiatrisk center
Kalundborg	
Køge	Flemming Willadsen, Sektionsleder
Lejre	Bodil Langkilde, Leder af Socialpsykiatrien
Lolland	Mette Kaa, Visitator - Psykiatrien
Lolland	Gitte Helver, Psykiatrikoordinator, teamleder SKP-korps
Lolland	Jane Kofoed, Teamkoordinator, Socialpsykiatri Lolland
Næstved	Dorthe Olsen, Afdelingsleder Socialpsykiatrisk center
Odsherred	Tina Dalby Schou, Leder af socialpsykiatrien
Ringsted	Reinhold Schäfer, leder af Socialpsykiatrien og Rådgivningscenter for misbrug
Ringsted	Anja Kastrup Larsen, Hjemmevejleder
Ringsted	June Larsen
Roskilde	Henrik Suhr, leder for Center for Socialpsykiatri
Slagelse	
Solrød	
Sorø	Steffen Madsen, Socialpsykiatrisk Center Sorø afdeling, Hostelgruppen
Stevns	Tina Thaanum Jensen, Tværsektoriel distrikt psykiatrisk sygeplejerske
Vordingborg	Ellen Andersen, forstander Socialpsykiatri
Vordingborg	Pia Haupt Holm, Souschef/stedfortræder Psykiatri&Handicap
Sygehus	Navn
Psykiatrihuset	Karin Merete Mardahl-Hansen, Konsulent
Distrikt Køge	Susanne Bech-Hansen, Overlæge
Distrikt Køge	Maren Jensen, Socialrådgiver
Distrikt Slagelse	Anne Boye Lester, Sygeplejerske
Distrikt Roskilde	Ulrik Helt Haahr, Overlæge
Psykiatriens uddannelsesenhed	Camilla Agnete Bruun, Uddannelseschef
Distrikt Næstved	Helle Andrea Pedersen, leder af ergo-fys og centerterapien
Psykiatrihuset	Jeanett Fleron, Projektleder/Specialkonsulent
Almen Praksis	
Praktiserende læge	Frede Lyck
Speciallæge i Psykiatri	Boris Velandar
Sekretariat	

Region Sjælland	Karen Buur, Chefkonsulent
Region Sjælland	Marie Bjerborg, Programkoordinator

11. Bilag 2 Ordliste

ADL aktiviteter: Almindelig Daglig Livsførelse

Fulminant psykose: ”Psykose” = sindssyg, betyder at have en anden helt privat opfattelse af virkeligheden end alle andre, fx at have vrangforestillinger eller hallucinationer. ”Fulminant psykose” kan bruges i betydningen ”psykose i fuldt udbrud” eller ”tilstand med meget åbenlyse og måske voldsomme ydre tegn på psykose”

Hovedfunktion: Hovedfunktionsniveauet er det laveste af Sundhedsstyrelsens tre niveauer for specialiseret sygehusbehandling, og er det psykiatrifaglige niveau som findes på alle psykiatriske afdelinger eller distrikter i Danmark.

Højt specialiseret funktion: Højt specialiseret funktion er det højeste af Sundhedsstyrelsens tre niveauer for specialiseret sygehusbehandling. Dette psykiatrifaglige niveau findes kun på 1-2 psykiatriske afdelinger i Danmark.

Incidente patienter: nye personer med sygdommen skizofreni pr. år

Kommunal tovholder: Den medarbejder i kommunen, der i mere komplicerede forløb, hvor borgeren har kontakt til flere forskellige af kommunens afdelinger, er udpeget til at koordinere den samlede kommunale indsats overfor borgeren. Den kommunale tovholder er således typisk den medarbejder, som borgeren selv eller fx Psykiatrien vil henvende sig til.

NIP: National Indikator Program. National kvalitets-data-base indenfor udvalgte sygdomsområder som fx NIP-skizofreni.

Opus program: Organisation i psykiatrien, der har til formål at foretage tidlig opsporing af borgere med tegn på psykose samt tilbyde et to-årigt intensivt behandlingsprogram.

Primærbehandler psykiatrien: Den medarbejder i psykiatrien som har den største eller mere vedvarende kontakt til patienten, og til hvem patienten typisk vil henvende sig i behandlingsforløbet. Primærbehandleren skal have overblik over patientens samlede behandling

og er oftest sammen med den behandlingsansvarlige læge den koordinerende figur i patientens behandling.

Prodomal fase: Betegner en tidlig fase i udviklingen af fx skizofreni – nemlig fasen hvor der endnu ikke er fremkommet åbenlyse og sikre tegn på psykose, men hvor nærmere undersøgelse kan afsløre visse begyndende tegn på sygdom.

Regionsfunktion: Regionsfunktion er det mellemste af Sundhedsstyrelsens tre niveauer for specialiseret sygehusbehandling. Dette psykiatrifaglige niveau findes på mindst 1 psykiatrisk afdeling i hver af de 5 regioner i Danmark.

Stratificering: Kommer af det latinske ord "stratus" der betyder "lag". Stratificering er en inddeling af patienter i forskellige hensigtsmæssige lag eller grupper. Hensigten med stratificering er ideelt set at man i fx behandlings- og det kommunale system aktivt tager stilling hvilken gruppering patienten tilhører og dermed til hvilke indsatser som skal gøres ift. patienten i den pågældende gruppering, for derved at sikre at patienten faktisk får den rigtige indsats. Samtidigt med stratificeringstanken er der en grundlæggende bevidsthed om at alle mennesker er unikke og at indsatser altid skal tilpasses det enkelte menneske.

Patienterne stratificeres i dette forløbsprogram efter to dimensioner:

- 1) *Sygdomskompleksitet* – en sammenvejning af comorbiditet og den enkelte lidelses stadium.
- 2) *Egenomsorgsevne* bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og medansvar for egen sundhed, sammenholdt med patientens behov for sundhedsprofessionel støtte.

Tovholder rollen almen praksis: I Danmark er sundhedsvæsenet bygget op omkring borgerens alment praktiserende læge, der også kaldes borgerens "egen læge". Egen læge har ofte borgeren tilknyttet sin praksis i mange år og gennem mange faser af livet og er ofte borgerens "indgangsport" til det øvrige sundhedsvæsen, hvortil egen læge kan henvise borgeren – dvs. at egen læge ofte kender borgeren godt og modtager information fra andre dele af sundhedsvæsenet, hvis og når borgeren har været i behandling der. Borgerens egen læge har som regel også et udmærket kendskab til den kommune, hvor borgeren bor. Derved får egen læge en helt særlig rolle i forhold til borgeren, som den person der kender til mange af de bl.a. behandlingsmæssige "tråde" i borgerens liv – og derved bliver egen læge ofte en "spilfordeler" eller "tovholder", der kan hjælpe

borgeren til at opnå og fastholde en samlet kurs for alle de forskellige indsatser fra fx sygehusvæsnet og kommunen.

12. Bilag 3 Tidlig opsporing

Skizofreni er, ligesom andre psykotiske tilstande, oftest en tidligt debuterende sygdom, for mænds vedkommen typisk i alderen mellem 20 og 25 år, for kvinders vedkommende lidt senere.

Den sociale invaliditet, som følger i kølvandet på sygdommen, bliver grundlagt allerede i den prodromale fase. Manglende uddannelse, kontakt til arbejdsmarkedet og social isolation får ofte langvarige og alvorlige konsekvenser, på trods af at den tilgrundliggende sygdom ikke nødvendigvis længere er til stede.

Intervention allerede før patienterne bliver psykotiske er kommet mere og mere i fokus²⁹, men kræver imidlertid, at man med relativ stor sikkerhed kan udpege individer, som er i øget risiko. Endvidere kræver det, at man kan tilbyde et fornuftigt behandlingstilbud, som har vist sig effektivt i at mindske risikoen for, at en formodet prodromal tilstand skal udvikle sig til en fulminant psykose. Tidlig intervention hos unge mennesker, der er vurderet til at være i øget risiko for at udvikle en psykotisk tilstand er stadig et omdiskuteret emne, og der foreligger endnu ikke forskningsresultater, der kan danne et fyldestgørende grundlag for passende retningslinjer på området. Derimod er der efterhånden tiltagende evidens for, at en tidlig intervention ved debuterende psykose er mulig og at det bedre prognosen på længere sigt³⁰.

En effektiv intervention tidligt i forløbet vil være økonomisk og menneskeligt attraktiv. Ved et fem års opfølgings-studie i det danske OPUS-program (specialiseret indsats for unge med psykose) har man eksempelvis påvist, at patienter der ved psykosedebut er blevet behandlet i et intensivt ambulante forløb har signifikant færre indlæggelser på psykiatriske afdelinger end patienter, der fra begyndelsen er blevet hospitaliseret³¹. Der er en klar økonomisk fordel for samfundet ved færre dyre indlæggelser, og en vigtig fordel for patienterne, der undgår at blive institutionaliserede. Ved fem års opfølgning i det norsk-danske TIPS projekt, hvor man sammenlignede en gruppe patienter fra et område, hvor man havde tilbudt et intensivt tidligt opsporingsprogram med et sammenligningsområde med behandling som vanlig, viste det sig, at ikke alene kunne man signifikant reducere varigheden af ubehandlet psykose fra typisk 1/2 år til 5 uger³², men det resulterede også i, at patienterne efter 5 år klarede sig bedre, specielt når det gjaldt negative symptomer³³.

²⁹ McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J. *et al*, 2002; Yung, A. R. and McGorry, P. D., 1997; Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P. *et al*, 2003; Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P. *et al*, 2004

³⁰ Marshall, M. and Lockwood, A., 2004

³¹ Nordentoft, M., Ohlenschlaeger, J., Thorup, A. *et al*, 2010

³² Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U. *et al*, 2004

³³ Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B. *et al*, 2010

Af disse grunde har Danske Regioner vedtaget, at OPUS modellen skal implementeres i alle regioner i Danmark³⁴.

Debuterende skizofreni og andre psykoser der tilbydes OPUS behandling i psykiatrien

Psykiatrien i Region Sjælland medvirker til at udbrede kendskabet til forebyggelse og behandling af skizofreni, både i almenbefolkningen, og blandt relevante samarbejdspartner, herunder praktiserende læger og speciallæger.

Patienter med symptomer der giver mistanke om skizofreni, skal hurtigt modtages til psykiatrisk udredning med henblik på diagnose og behandling.

Den Praktiserende læge foretager foreløbig diagnostik og kortlægning, vurderer behov for udredning og henviser hurtigst muligt videre til Psykiatrien med henblik på yderligere udredning. Der lægges i denne fase vægt på, at der er foretaget relevante differentialdiagnostiske overvejelser, og at evt. samtidig somatisk lidelse og anden comorbiditet er diagnosticeret så vidt muligt.

Der skal tilbydes ambulante behandling i distriktspsykiatrien/lokale ambulatorier, subsidiært tilbydes døgnbehandling på psykiatrisk afdeling i de tilfælde, hvor det er påkrævet, herunder fx ved risiko for skade på pt. selv eller andre, svært samtidigt misbrug eller stærkt nedsat funktion på grund af alvorlige psykotiske symptomer.

Såfremt patienten er 18-35 år og det drejer sig om første psykotiske episode, skal patienten tilbydes henvisning til OPUS behandling (link til D4: <http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=212399>). Patienterne diagnosticeres grundigt og hvis patienterne tilhører målgruppen for debuterende psykose herunder skizofreni tilknyttes de OPUS behandlingen og får tildelt en personlig OPUS medarbejder, der følger patienten i de næste 2 år.

Ved 1. indlæggelse er OPUS medarbejderens primære rolle den initiale vurdering af psykopatologien, og etablering af kontakten til patient og pårørende, med henblik på at forberede en god behandlingsalliance efter udskrivningen. Samarbejdet mellem afsnittets personale og OPUS medarbejderen planlægges i forhold til patientens individuelle behov.

Ved ambulante start inddrages OPUS medarbejderen snarest muligt i udredning og behandling.

Socialrådgiver forestår social udredning. Der tilstræbes en hurtig kontakt til patientens hjemkommune. Udfærdigelse af social handleplan foretages i et samarbejde mellem patienten, socialrådgiver, OPUS-

³⁴ Jørgensen P, Philipsen A, Krarup G *et al*, 2007

medarbejderen, de pårørende og de øvrige behandlere samt kommunens sagsbehandler tidligst muligt.

Patienter med ringe egenomsorgsevne som fx manglende compliance, svære psykotiske symptomer, angst og suicidal adfærd eller svært forringet social tilpasning skal have mulighed for indlæggelse på et sengeafsnit, med fokus på et velstruktureret og støttende miljø.

Ved udskrivning af patienten vurderer den behandlingsansvarlige overlæge behovet for udskrivningsaftale, subsidiært koordinationsplan. Patientens egenomsorgsevne vurderes og stratificeringsniveauet beskrives (se side xx). Tidlig inddragelse af patientens hjemkommune iht. Sundhedsaftalen skal ske mhp. at samarbejdet omkring udskrivning og evt. kommunale foranstaltninger og øvrig opfølgning på indsatser i psykiatrien kan iværksættes rettidigt.

Ved indlæggelse tilstræbes første kontakt til pårørende **snarest muligt**, efter patientens accept.

Hvis patienten er ambulant, tager OPUS-medarbejderen inden for få uger kontakt til familien, og kontakten vedligeholdes ved samtaler, undervisning og eventuelt flerfamiliegruppe.

Behandlingen i OPUS er minimum 2 år, og OPUS-medarbejderen arbejder kun med patienter med debuterende psykose.

I det ambulante forløb vil OPUS-medarbejderen være kontinuerlig støtte for patienten og sørge for at holde kontakten, også selvom det er svært for patienten at møde op. OPUS-medarbejderen er tovholder for patientens behandling og sørger for at koordinere behandlingen, familiearbejdet og den sociale indsats.

Som regel ser OPUS-medarbejderen patienten mindst en gang om ugen, i det ambulante forløb. Ud over dette får patienterne mulighed for at deltage i *social færdighedstræning* ledet af OPUS medarbejderen, individuelt eller i gruppe. Der bliver ligeledes et tilbud om *undervisning* i sygdommen. Dette foregår individuelt ved samtalerne, ligesom der 2 gange årligt er undervisning i gruppe for patienter. Endvidere tilbydes patienter og pårørende deltagelse i psykoedukativt enkeltfamiliebehandling eller *flerfamiliegruppe*.

Ved ambulant behandling udarbejdes behandlingsplan senest 3 måneder efter behandlingsstart, revideres efter 9 måneder og efter 18 måneder. Ved den sidste revision planlægges endvidere hvorledes overgangen til eventuel videre behandling skal ske.

1. Referenceprogram for skizofreni. 1.0. 11-6-2004. Sundhedsstyrelsen.
Ref Type: Pamphlet

2. Jørgensen P, Philipsen A, Krarup G, Kistrup K, Vendsborg P, Jeppesen P, and Nordentoft M. OPUS - Opsøgende behandling af psykotiske unge. 3-6-2007. Danske Regioner.
Ref Type: Report
3. Larsen, TK, Melle, I, Auestad, B, Haahr, U, Joa, I, Johannessen, JO, Opjordsmoen, S, Rund, BR, Rossberg, JI, Simonsen, E, Vaglum, P, Friis, S, McGlashan, T Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychol Med* 2010; 1-9.
4. Marshall, M, Lockwood, A Early Intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD004718.
5. McGorry, PD, Yung, AR, Phillips, LJ, Yuen, HP, Francey, S, Cosgrave, EM, Germano, D, Bravin, J, McDonald, T, Blair, A, Adlard, S, Jackson, H Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002; **59**: 921-28.
6. Melle, I, Larsen, TK, Haahr, U, Friis, S, Johannessen, JO, Opjordsmoen, S, Simonsen, E, Rund, BR, Vaglum, P, McGlashan, T Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004; **61**: 143-50.
7. Nordentoft, M, Ohlenschlaeger, J, Thorup, A, Petersen, L, Jeppesen, P, Bertelsen, M Deinstitutionalization revisited: a 5-year follow-up of a randomized clinical trial of hospital-based rehabilitation versus specialized assertive intervention (OPUS) versus standard treatment for patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. *Psychol Med* 2010; **40**: 1619-26.
8. Yung, AR, McGorry, PD Is pre-psychotic intervention realistic in schizophrenia and related disorders? *Aust N Z J Psychiatry* 1997; **31**: 799-805.
9. Yung, AR, Phillips, LJ, Yuen, HP, Francey, SM, McFarlane, CA, Hallgren, M, McGorry, PD Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res* 2003; **60**: 21-32.
10. Yung, AR, Phillips, LJ, Yuen, HP, McGorry, PD Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res* 2004; **67**: 131-42.