

Sundhedsaftale på oligofrenipsykiatriområdet – sundhedsfaglig del

1 Målsætning for samarbejdet er:

- at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænser og at sikre ensartet kvalitet i indsatsen for personer med oligofreni og psykisk sygdom
- at sikre klar arbejdsdeling mellem kommune/sociale tilbud, almen praksis og regionspsykiatri

Hvor der i sundhedsaftalen står "kommune", menes der hermed borgers bopælskommune, uanset om den pågældende borgers handlekommune i forhold til bevilling af ydelser efter serviceloven evt. er en anden kommune end aktuel bopælskommune.

Desuden arbejdes der efter de nationale fælles værdier i indsatsen for mennesker med en psykisk sygdom:

- Respekt
- Faglighed
- Ansvar

2 Målgruppen for sundhedsaftalen:

Mennesker, hos hvem der er tale om både psykisk udviklingshæmning og psykisk sygdom

Den regionale målgruppe for oligofrenipsykiatribehandling er afgrænset ved følgende kriterier:

- symptomer på psykisk sygdom
- og desuden skal følgende kriterier være opfyldt:
- minimum 18 år (fra 21. år, hvis overflyttet fra børne- og ungdomspsykiatrien)
 - og IQ på <70
 - ikke senhjerneskadede (dvs. hjerneskaden skal være opstået før 3-4 års alderen)

3 Definition på begreber i oligofrenipsykiatriindsatsen

3.1. Oligofreni

Oligofreni er et andet ord for psykisk udviklingshæmning eller blot udviklingshæmning.

De formelle betegnelser for personer med udviklingshæmning er "personer med varig og betydelig nedsat funktionsevne" (ifølge Lov om social service), eller "mennesker med kognitiv funktionsnedsættelse".

Definitioner på udviklingshæmning:

I WHO's diagnoseliste ICD-10, defineres udviklingshæmning som "en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder".

Udviklingshæmning inddeles i fire sværhedsgrader:

Lettere grad:	IQ-område 50-69. Medfører sædvanligvis indlæringsvanskeligheder i skolen. Mange voksne kan arbejde, klare sig socialt og bidrage til samfundet.
Middelsvær grad:	IQ-område 35-49. De fleste kan i nogen grad klare personlige fornødenheder. Voksne behøver støtte for at klare sig i samfundet.
Sværere grad:	IQ-område 20-34. Behøver vedvarende støtte og hjælp.
Sværeste grad:	IQ-område under 20. Kan ikke klare fornødenheder, continens, kommunikation eller mobilitet. Kræver vedvarende pleje.

3.2 Oligofrenipsykiatri

Oligofrenipsykiatri er udredning og behandling af mennesker med udviklingshæmning og psykisk sygdom. Jo sværere grad af udviklingshæmning den enkelte patient har, jo større krav stilles der til en specialiseret viden hos både behandlere og de medarbejdere, som er omkring den enkelte patient/borger i dagligdagen.

Da mange mennesker med udviklingshæmning i middelsvær, sværere og sværeste grad mangler eller kun har et meget dårligt udviklet verbalt sprog, må diagnosticeringen oftest ske på baggrund af konkrete observationer af den enkeltes adfærd og ikke mindst ændringer i adfærd. Derfor fordrer en kvalificeret og effektiv udredning og behandling af mennesker med udviklingshæmning og psykisk sygdom et tæt samarbejde mellem behandlere, de pårørende og det personale, som omgiver patienten i dagligdagen. Dette forudsætter samtidig, at der blandt personalet er en særlig viden om psykiatri for at kunne vidererapportere de væsentlige observationer til behandlere.

4 Symptomer på psykisk sygdom hos personer med udviklingshæmning

Personer med udviklingshæmning kan få alle former for psykisk sygdomme. Da mange personer med udviklingshæmning har mangelfuldt verbalt sprog, vil det vigtigste signal

om, at en person med udviklingshæmning er ved at udvikle eller har udviklet en psykisk sygdom, være en ændret adfærd.

4.1 Advarselssignaler ved begyndende psykisk sygdom

Advarselssignalerne i form af ændret adfærd kan være rigtig mange, som fx ændret stemningsleje, selvskadende adfærd eller ændret reaktion på omgivelserne og andre personer.

Det anbefales som symptomtjekliste at anvende *Bangor Life Event Schedule for Intellectual Disabilities* (BLESID).

4.2 Forvekslings-diagnoser/-tilstande

En lang række andre tilstande kan føre til adfærdsændringer hos personer med udviklingshæmning:

- Somatisk sygdom, såsom smerter, urinvejsinfektioner, epilepsi, delir, ørepropper, nedsat nyrefunktion, stofskiftesygdomme, smerter v. fx tandproblemer eller alvorlig sygdom
- Overmedicinering/medicinforgiftning/bivirkning af medicin
- Hæmning af sanser: Fx reduceret syn og hørelse
- Belastningssyndrom, dvs. når kravene til den enkelte overstiger personens ressourcer
- Ændringer i omgivelserne, fx flytning, tab af relationer
- Alderdom og demens
- Afhængighed/skadelig brug af legale eller illegale stoffer

4.3 Screening ved mistanke om psykisk sygdom

Hvis der er mistanke om psykisk sygdom, kontakter personalet på det sociale tilbud kommunens oligofrenipsykiatrikyndige, med henblik på at personalet omkring den enkelte person med udviklingshæmning og kommunens oligofrenipsykiatrikyndige sammen foretager en screening.

Anvendelsen af aftalte screeningsredskaber etablerer et fælles sprog på tværs af sektorer.

Udgangspunktet for at kunne gennemføre en kvalificeret screening er, at personens habitualtilstand er beskrevet, da små adfærdsændringer over tid kan være vanskelige at observere/identificere.

5 Opgaver før en henvisning til Oligofrenipsykiatrisk Ambulatorium MA4

5.1 Kommunens/det sociale tilbuds opgaver

- Før en henvisning skal der foreligge en IQ-måling (med mindre der åbenlyst er tale om en meget lav IQ) udarbejdet af en psykolog
- Der skal være særlig opmærksomhed på usikkerhed ifm. måling af personer med anden etnisk herkomst end dansk

- Der skal være særlig opmærksomhed ifm. måling af personer med skizofreni, idet skizofreni og medicinering mod skizofreni kan være kognitivt svækkende
- Udarbejdelse af status på habitual-tilstand
- Ved modtagelse af nye beboere skal tidligere alment praktiserende læge anmodes på beboerens vegne om at fremsende journaloplysninger til nuværende alment praktiserende læge

Ved adfærdsændringer og mistanke om psykisk sygdom:

- Screening for mistanke om psykisk sygdom (anvend først symptomtjeklisten fra afsnit 4.1. Ved fortsat mistanke om psykisk sygdom, skal der i samarbejde med den oligofrenipsykiatrikyndige foretages en screening)
- Undersøge/overveje mulighederne for forvekslings-diagnoser/-tilstande
- Sikre, at borgeren tilses af egen læge, hvis der er mistanke om psykisk sygdom
- Samarbejde med egen læge omkring udredningen, fx sikre, at relevante informationer om borgeren formidles til egen læge

5.2 Den praktiserende læges opgaver

- Udredning for forvekslingsdiagnoser
- Somatisk udredning inkl. relevante parakliniske undersøgelser og behandling
- Medicingennemgang
- Evt. iværksættelse af behandling af psykisk sygdom med relevant medicin

OBS: Med indførelsen af de nationale pakkeforløb og Psykiatriens Centrale Visitation (PCV) bliver det endnu vigtigere, at henvisningen har en sådan kvalitet, at patienten umiddelbart kan henvises til det rette behandlingstilbud.

Hvis det bliver nødvendigt at omvisitere patienten, skal modtagende afdeling returnere henvisningen til PCV.

6 Henvisning til psykiatrisk behandling

6.1 **Ambulant behandling** på Oligofrenipsykiatrisk Ambulatorium MA4

Henvisning til ambulant behandling (elektive patienter) sendes til Psykiatriens Centrale Visitation.

Henvisningsvejledning - elektive patienter

(<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/nyheder/meddelelser-fra-pko/regionale-meddelelser/aendring-visitation-til-regionspsyk-og-henvisningsvej/>)

Kommunen/det sociale tilbud bidrager ved ambulant behandling med:

- Status/handleplan
- Livshistorie og sociale forhold
- Beskrivelse af ændringer i adfærden

Skema [indsættes i den endelige udgave]

6.2 **Akut indlæggelse** psykiatrisk afdeling

Akutte indlæggelser går via de psykiatriske modtagelser på de lokale psykiatriske afdelinger.

Akutte og subakutte henvisninger sendes til den lokale psykiatriske afdeling.

Henvisningsvejledning - akutte og subakutte patienter

(<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/nyheder/meddelelser-fra-pko/regionale-meddelelser/aendring-visitiation-til-regionspsyk-og-henvisningsvejl/>)

Kommunen/det sociale tilbud bidrager ved akut indlæggelse med information om:

- Patientens medicinforbrug
- Alle former for fysisk sygdom
- Tidligere psykiatrisk behandling. Hvor?
- Hvordan patienten skal håndteres plejemæssigt (ADL-funktionsniveau)

6.3 **Planlagt indlæggelse**

Henvisning til planlagt indlæggelse sendes henvisningen til Psykiatriens Centrale Visitation

(<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/nyheder/meddelelser-fra-pko/regionale-meddelelser/aendring-visitiation-til-regionspsyk-og-henvisningsvejl/>)

Kommunen/det sociale tilbud bidrager ved planlagt indlæggelse med:

- Status/handleplan
- Livshistorie og sociale forhold
- Beskrivelse af ændringer i adfærden

Skema [indsættes i den endelige udgave]

7 **Ambulant udredning og behandling**

- Der er delt behandlingsansvar mellem regionspsykiatrien og egen læge

7.1 *Kommunens/det sociale tilbuds opgaver og ansvar*

- Hvis kommunen/det sociale tilbud identificerer problemer eller symptomer, som egen læge har behandlingsansvaret for, skal der straks tages kontakt til egen læge (pr. telefon eller elektronisk)
- Hvis borgeren bor i en boform med støtte efter serviceloven, hjælper medarbejdere med kendskab til borgeren (eller evt. pårørende) med at ledsage vedkommende til Oligofrenipsykiatrisk Ambulatorium MA4 i det omfang, der er behov for ledsagelse

7.2 *Praktiserende læges opgave og ansvar*

- Den somatiske udredning og behandling. Såfremt Oligofrenipsykiatrisk Ambulatorium har behov for at drøfte forhold vedrørende patientens somatiske situation, tages (fx telefonisk) kontakt til patientens egen læge.
- Holde sig ajour med korrespondancemeddelelser og epikriser

- Deltagelse i behandlingskonferencer eller netværksmøder ved behov. Kan evt. holdes hos egen læge

7.3 Regionspsykiatriens opgave og ansvar

- Udredning, diagnosticering og igangsætning af behandling iht. de nationale pakkeforløb (<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/Juni/Pakkeforl%C3%B8b+vil+I%C3%B8fte+kvalitet+og+middellevetid+for+psykisk+syge.aspx>)
- Sikre, at der i epikrisen tydeligt fremgår anbefalinger iht. det videre forløb
- Underrette kommunen i de tilfælde, hvor der er behov herfor og patienten ikke i forvejen har kontakt til kommunen
- (Se ovenfor, Praktiserende læges opgaver og ansvar angående eventuelt behov fra Oligofrenipsykiatrisk Ambulatorium for at drøfte forhold vedrørende patientens somatiske situation).

8 Indlæggelse

8.1 Kommunens/det sociale tilbuds opgaver og ansvar

- Kommunen/det sociale tilbud videregiver inden for 24 timer (eller senest førstkommende hverdag) relevante oplysninger, som har betydning for indlæggelse og efterforløb, til den psykiatriske afdeling. Skema [indsættes i den endelige udgave] Formidlingen kan ske i form af telefonopkald, skriftligt eller ved ledsagelse. Ledsagelse forekommer almindeligvis for denne målgruppe. Vilkår for tilstedeværelse af kommunalt personale under indlæggelsen, herunder afklaring af økonomi, aftales med hospitalet iht. den generelle sundhedsaftales bestemmelser herom (se s. 21, den generelle sundhedsaftale, det somatiske område)
- Kommunen/det sociale tilbud opretholder kontakt til patient og samarbejder med den pågældende afdeling i psykiatrien under indlæggelse – kommunen/det sociale tilbud anviser hospitalet, hvordan kommunen/det sociale tilbud hurtigt kan kontaktes ang. den konkrete borger ved behov under indlæggelsen (telefonnummer)

8.2 Indlæggende læges opgave og ansvar

- Den somatiske udredning og behandling
- Beskrive de aktuelle psykiske symptomer iht. henvisningsvejledningen (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/nyheder/meddelelser-fra-pko/regionale-meddelelser/aendring-visitiation-til-regionspsyk-og-henvisningsvej/>)

8.3 Regionspsykiatriens opgave og ansvar

- Udredning iht. diagnoser
- Opstart af behandling

Særligt ifm. akutte indlæggelser:

- Underretter pårørende hurtigst muligt efter indlæggelsen
- Gør kommunen opmærksom på indlæggelsen, så kommunen, hvis den ikke er involveret i indlæggelsen, kan afbestille evt. kommunale serviceordninger (bostøtte, personlig pleje, madordning m.m.)

Ved alle indlæggelser:

- Tildeler patienten en kontaktperson
- Indhenter samtykkeerklæring til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger
- Aftaler ved behov et første koordinationsmøde med kommunen/det sociale tilbud
- Udarbejder en behandlingsplan senest en uge efter indlæggelsen (se e-dok.rm.dk)
- Ved patienter med kompliceret funktionsnedsættelse varsles kommunen hurtigst muligt og skriftligt med en foreløbig vurdering af evt. omfattende ændringer af støttebehovet
- Kontakter praktiserende læge og/eller kommunen/det sociale tilbud ved behov for yderligere information
- Tager tidligt i forløbet kontakt til kontaktpersonen i kommunen/det sociale tilbud for at aftale et møde, så udskrivelsen kan planlægges. Indkalder til mødet minimum fem hverdage før mødet
- Efterforløb sikres bedst, hvis borgerens kontaktperson og eventuelle pårørende deltager i planlagte møder, hvis borgeren ønsker det
- Kontakten mellem patient og kommunal kontaktperson/kontaktperson hos det sociale tilbud opretholdes på det niveau, som er muligt, og aftales konkret med kommunen/det sociale tilbud
- Hvis patienten har børn – se aftalen om børn af forældre med psykisk sygdom (se s. 44, den generelle sundhedsaftale på psykiatriområdet)
- Der afsendes epikrise til egen læge senest to hverdage efter, at patienten er udskrevet – hvis særligt behov, skal egen læge kontaktes pr. telefon

Medicin ved udskrivelse:

Fra regionspsykiatrien medgives patienten

- skriftlig medicinliste indeholdende den aktuelle medicin
- recept (eller evt. indtelefonering til apotek)
- medicin til apotekets første åbningsdag kl. 12, men tilpasset individuelle behov
- hvis kommunen (socialt støttepersonale/hjemmesygeplejen) skal medvirke ved medicinadministration, skal regionspsykiatrien give kommunen (socialt støttepersonale/hjemmesygeplejen) besked
- patienter med dosisdispensering: Lokale aftaler findes på eDok (e-dok.rm.dk, vælg "Alle" - 2.9.1.6)
- ikke-indlagte patienter med nydiagnosticeret skizofreni kan de første to år af deres sygdomsforløb få antipsykotisk medicin vederlagsfrit (e-dok.rm.dk, vælg "Psykiatrien i Region Midtjylland" - 2.9.9)
- Patienten medgives epikrise og afstemt medicinliste

9 Opfølgning på behandling (både v. ambulant behandling og efter indlæggelse)**9.1 Kommunens/det sociale tilbuds opgaver og ansvar**

- Medicin administreres af medicinskyndigt personale
- Observere effekt og eventuelle bivirkninger af den iværksatte behandling mhp. at orientere egen læge
- Der skal ved medicinændring være en særlig opmærksomhed ifm. dosisdispensering

OBS: Hvis patienten kan og vil samarbejde om det, kan kommunen sammen med patienten se journaloplysninger på sundhed.dk.

9.2 Praktiserende læges opgave og ansvar

- I udgangspunktet er det egen læge, der fornyer recepter
- Der skal ved medicinændring være en særlig opmærksomhed ifm. dosisdispensering
- Ved kompliceret medicinsk behandling (fx polyfarmaci, psykotisk behandling, store doser) kan der henvises til medicintjek hos regionspsykiatrien

9.3 Regionspsykiatriens opgave og ansvar

- For patienter, som udskrives til ambulant behandling, skal det fremgå af epikrisen, hvordan den fremtidige opgavefordeling skal være mellem egen læge og psykiatrien (shared care) (e-dok.rm.dk, vælg "Psykiatrien i Region Midtjylland" - 2.17.2)
- Videregive relevant information ang. effekt, bivirkninger og tegn på residiv ift. behandling til pårørende og kommunal kontaktperson, så der kan følges op på behandlingen ift. den konkrete patient

10 Organiseringen af indsatsen

10.1 Kommunale behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud.

Alle kommuner udpeger en særlig oligofrenipsykiatrikyndig, som kan fungere som kommunens ressourceperson på oligofrenipsykiatriområdet.

Hovedopgaven for den oligofrenipsykiatrikyndige vil være at foretage en form for screening, så det sikres, at kun relevante patienter sendes videre til regionspsykiatrien.

- Identificere, om der er tale om psykisk sygdom, dvs. skelne mellem pædagogiske og relationelle problematikker og psykisk sygdom
- Samarbejde med egen læge omkring udredningen for psykisk sygdom
- Samarbejde med regionspsykiatriens oligofrenipsykiatripsygeplejersker ift. vidensudveksling og kvalificering af indsatser
- Vejledning af pårørende
- Vejledning af medarbejdere i kommunen

10.2 Regionale behandlingstilbud

Oligofreniambulatoriet MA4 er placeret i Afd. M, AUH Risskov.

- Rådgivning og vejledning af kommunale oligofrenipsykiatrikyndige
- Shared care-samarbejde mellem almen praksis og oligofrenipsykiatripsygeplejersker
- Ambulante forløb i Oligofreniambulatoriet MA4
- Indlæggelse i diagnoserelevant sengeafsnit lokalt

11 Koordination af det tværgående samarbejde

For at reducere tidsforbrug til transport mv. både for kommunale medarbejdere og for oligofrenipsykiatriens medarbejdere, skal ny teknologi, herunder videokonference bruges i videst mulige omfang.

12 Specielle problemstillinger ved behandling af personer med udviklingshæmning

Vedr. værgemål, behandlingsbehov og manglende evne til informeret samtykke, magtanvendelse, tvang i psykiatrien, se bilag vedr. lovgivning.
