

Politisk sundhedsaftale om indsatsen på området for oligofrenipsykiatri i Region Midtjylland

1 Formål med sundhedsaftalen

Det overordnede formål med sundhedsaftalerne i Region Midtjylland er at sikre:

- o sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænserne
- o ensartet kvalitet i indsatsen
- o klar arbejdsdeling mellem kommune, almen praksis og region

Strukturreformen medførte en betydelig omfordeling af en lang række opgaver i den offentlige sektor. Reformen betød, at flere opgaver og ansvarsområder tilførtes kommunerne, imens de nyoprettede regioner primært ville have ansvaret for sygehusene, sygesikringsområdet og den behandlende psykiatri.

For psykiatrien betød strukturreformen, at regionspsykiatriens primære opgave blev behandling af psykiatriske patienter. Kommunerne fik således overdraget ansvaret for en række opgaver på det sociale område. Herved blev socialpsykiatrien, forebyggelse, genoptræning og sundhedsfremme forankret i kommunerne.

Sundhedsaftalen på området for oligofrenipsykiatri er en tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale gældende for perioden 2011 – 2014. Den udfolder det særlige tværsektorielle samarbejde om indsatsen på oligofrenipsykiatriområdet i Region Midtjylland.

Den overordnede præmis i samarbejdet om personer med oligofreni og psykisk sygdom er, at mest mulig behandling sker, hvor personen har sin hverdag, da de oftest her er i tæt kontakt med omsorgspersoner med grundigt kendskab til den pågældende.

1.1 *Hyppighed af psykisk sygdom hos personer med udviklingshæmning*

Der findes ingen opgørelse over andelen af mennesker med udviklingshæmning (oligofreni) i Danmark, der også har psykisk sygdom, men enkelte, mindre undersøgelser peger på, at hyppigheden af psykisk sygdom hos mennesker med udviklingshæmning er stor. Det vides med sikkerhed, at blandt mennesker med udviklingshæmning optræder psykisk sygdom med langt større hyppighed end i normalbefolkningen. Jo sværere udviklingshæmning, jo større er sandsynligheden for en psykisk sygdom. Det skønnes, at ca. halvdelen af de udviklingshæmmede beboere i boformer har adfærdsforstyrrelser eller egentlige psykiske sygdomme.

Det forventes, at antallet af mennesker med udviklingshæmning og behov for psykiatrisk behandling vil være stigende. Dels lever mennesker med udviklingshæmning længere end tidligere. Dels har der været en betydelig stigning i gruppen af mennesker med udviklingshæmning, som får en dom¹. Det er en gruppe, som ofte har væsentlige andre

¹ Et godt liv uden kriminalitet (pdf) - Danske Regioners anbefalinger til en bedre indsats for domfældte udviklingshæmmede, 2010, s. 17

problemer end bare udviklingshæmningen – ofte psykiatriske problematikker, hvor der er et stigende behov for psykiatrisk udredning og behandling.

Center for oligofrenipsykiatri (nu Oligofrenipsykiatri MA 4) har i sin årsrapport for 2009 lavet en beregning² over, hvor mange mennesker med udviklingshæmning, der er i Danmark, og har foretaget en fremskrivning af antallet fordelt på aldersgrupper – se tabel 1.

Tabel 1: Fremskrivning af antallet af mennesker med udviklingshæmning i Danmark fordelt på aldersgrupper:

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-15 år	7159	6916	6818	6852	7011	7164	7187
16-39 år	12963	12840	12846	13162	13262	13077	13018
40-64 år	19583	19378	19209	18563	17838	17397	17213
65-74 år	7195	8345	8955	9400	10124	10796	11034
75+ år	3671	4041	4872	5995	6691	7250	7843
I alt	50571	51520	52700	53972	54926	55684	56296

Beregningen i tabel 1 viser, at der er ca. 50.600 mennesker med udviklingshæmning i Danmark, heraf vil ca. 10.700 (ca. 21 %) være i Region Midtjylland, og ca. 8.900 af disse er over 18 år.

Hvis man antager, at mellem en tredjedel og halvdelen af alle med udviklingshæmning har en psykisk sygdom eller adfærdsforstyrrelse, svarer det til, at der i Region Midtjylland er mellem 3000 og 4500 voksne med udviklingshæmning, der også har en psykisk sygdom. Normalt siger man - i forhold til normalbefolkningen - at ca. 10 % af dem, der har en psykisk sygdom, skal behandles i det sekundære sundhedsvæsen. Men taler man om voksne med udviklingshæmning, taler man om mennesker, der allerede som udgangspunkt har en komplicerende tilstand qua det, at de både har en udviklingshæmning, og ofte som følge heraf andre komplicerende handicap, fx epilepsi, og derudover en psykisk sygdom. Samtidig er der relativt få af disse patienter og derfor ringe mulighed for erfaringsopsamling i primær praksis. Derfor vil andelen af dem, der skal behandles i det sekundære sundhedsvæsen, være højere end i forhold til normalbefolkningen - måske op mod 25 %.

Det stigende antal personer med oligofreni medfører, at der vil være behov for en øget grad af samarbejde mellem sektorerne om patientgruppen med oligofrenipsykiatriske problemstillinger.

² Beregnet af Videnscentret på baggrund af Danmarks Statistiks Folketal og Befolkningsfremskrivning 2009-2050 og prævalenstal for udviklingshæmmede fordelt på aldersgrupper fra det hollandske National Case Register (Maaskant, Marian A., Gevers, Jan P.M., Wierda, Henk: Mortality and Life Expectancy in Dutch Residential Centres for Individuals with Intellectual Disability, 1991-1995). (*Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2002, 15, 200-212. Den hollandske undersøgelse er overensstemmende med den finske undersøgelse: Patja, K., Livanainen, M, Vesala, H, Oksanen, H, Ruoppila, I: *Life Expectancy of people with Intellectual Disability*. (*J. Int. Dis. Res.*, 2000, 44, 591-9)

2 Indsatsområder

Følgende indsatsområder er prioriteret i sundhedsaftalen:

1 Kompetenceudvikling:

I alle kommuner skal medarbejdere, der arbejder med personer med udviklingshæmning, have adgang til oligofrenipsykiatrikyndige medarbejdere, svarende til at der i alle kommuner er demenskonsulenter/demenskoordinatorer.

Det er op til den enkelte kommune, hvordan der sikres adgang til oligofrenipsykiatrikyndige – der kan fx etableres samarbejde mellem kommuner, så en oligofrenipsykiatrikyndig varetager opgaver for flere kommuner.

Der foretages først en kortlægning af, hvilke kompetencer kommunerne råder over mht. oligofrenipsykiatri. Styregruppen for voksenpsykiatri tager efterfølgende stilling til udformningen af kompetenceudviklingen på området.

2 Screeningsværktøjer:

Anvendelsen af aftalte screeningsværktøjer bidrager til at kvalificere den indledende screening, og dermed kvalificeres prioriteringen af, hvem der sendes videre til udredning for psykisk sygdom. Desuden hjælper screeningsværktøjerne til at etablere et fælles sprog på tværs af sektorer.

3 Operationalisering og opfølgning på målsætninger

Målsætninger	Succeskriterium	Måletidspunkt og -metode	Ansvarlig
At der er adgang til oligofrenipsykiatrikyndige medarbejdere i alle kommuner	1 Der er gennemført en kortlægning af, hvilke kompetencer kommunerne råder over mht. oligofrenipsykiatri.	2014: Der gennemføres en kortlægning af eksisterende kompetencer	Styregruppen for voksenpsykiatri
Løbende opkvalificering af de oligofrenipsykiatrikyndige medarbejdere		Styregruppen har derefter ansvar for at beslutte udformningen af kompetenceudviklingen. (Forslag udarbejdes af den faglige temagruppe for voksenpsykiatri).	
	2 Der er igangsat et kompetenceudviklingsforløb	Kontaktudvalget for Sundhedsstyrelsen og Sundhedsstyrelsen tager endelig stilling til niveauet for kompetenceudviklingen.	Sundhedsstyrelsen
	3 Medarbejdere i alle kommuner har i 2015 adgang til kommunale	2015: Kompetenceudviklingsforløb igangsættes som Fælles Skolebænk	
		Ultimo 2015: Status.	

	oligofrenipsykiatri-kyndige. 4 Der afvikles en årlig opfølgningsdag for de oligofrenipsykiatri-kyndige.	Fra 2016 afvikles årlige opfølgningsdage som Fælles Skolebænk.	
At screeningsværktøjer anvendes før henvisning	At de oligofrenipsykiatri-kyndige medarbejdere har kompetencer til at anvende aftalte screeningsværktøjer – det skal fremgå af henvisningerne, hvilke værktøjer der er blevet anvendt	2016: Der foretages en audit på henvisninger	Styregruppen for voksenpsykiatri

Administrativ sundhedsaftale på området for oligofrenipsykiatri i Region Midtjylland

Denne del af aftalen er den administrative udmøntning af den politiske aftale om samarbejdet om indsatsen på området for oligofrenipsykiatri i Region Midtjylland.

1 Målgruppe for aftalen og for indsatsen

De primære aktører i samarbejdet om indsatsen på oligofrenipsykiatriområdet er relevante professionelle i kommunerne, på hospitalerne, samt praktiserende læger.

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.

Den regionale målgruppe for oligofrenipsykiatribehandling er afgrænset ved følgende kriterier:

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

2 Lovgivning

Følgende lovgivninger danner rammen for sundhedsaftalen om samarbejde om indsatsen på oligofrenipsykiatriområdet i Region Midtjylland:

Sundhedsloven, serviceloven, værgemålsloven, psykiatriloven, straffeloven mv.

Se bilag vedr. lovgivning (www.sundhedsaftaler.rm.dk/frivillige-sundhedsaftaler/oligofrenipsykiatri).

Sundhedsaftalen på oligofrenipsykiatriområdet er overensstemmende med lovgivningen på området. Dog ligger aftalens bestemmelse om, at kommunerne skal sikre adgang til oligofrenipsykiatrikyndige, uden for de gældende lovkrav.

3 Ansvars- og opgavefordeling

Den overordnede præmis i samarbejdet om personer med oligofreni og psykisk sygdom er, at mest mulig behandling sker, hvor personen har sin hverdag, da de oftest her er i tæt kontakt med omsorgspersoner med grundigt kendskab til den pågældende.

Organiseringen af samarbejdet med de almenpraktiserende læger er af afgørende betydning for at sikre, at de meget sparsomme speciallægeressourcer på området udnyttes bedst muligt og målrettes indsatsen til de mennesker med oligofreni, der har de mest komplekse psykiatriske tilstande.

Der er aftalt følgende ansvars- og opgavefordeling mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler i Region Midtjylland:

3.1 Kommunernes ansvar

Før en henvisning til Oligofrenipsykiatrisk Ambulatorium MA4:

- Sikre, at der foreligger IQ-måling (med mindre der åbenlyst er tale om meget lav IQ) udarbejdet af en psykolog
- Ved mistanke om psykisk sygdom foretages en screening, og det sikres, at borgeren tilses af egen læge – og relevante informationer om borgeren formidles til egen læge

Ved en henvisning til Oligofrenipsykiatrisk Ambulatorium MA4:

- Kommunen bidrager med:
 - o Status/handleplan
 - o Livshistorie og sociale forhold
 - o Beskrivelse af ændringer i adfærden

Ved ambulant udredning og behandling:

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

Ved indlæggelse:

- Kommunen videregiver relevante oplysninger med betydning for indlæggelse og efterforløb.
- Kommunen ledsager oftest personer i målgruppen ifm. indlæggelse (ved indskrivning) og udskrivelse
- Ansvar for opfølgning ift. efterfølgende foranstaltninger, samt for at understøtte pårørende, mens undersøgelse/behandling pågår
- Opretholder kontakt til patient og psykiatri under indlæggelse (informere psykiatri om, hvordan psykiatrien hurtigt kan komme i kontakt med kommunen ang. den konkrete borger under indlæggelsen – telefonnummer)

Opfølgning på behandling:

- Kommunen skal sikre, at personale, der administrerer medicin, har den rette kompetence hertil
- Observere effekt og bivirkninger af iværksat behandling – orientere egen læge ved behov

3.2 Almen praksis' ansvar

Før en henvisning til behandling i psykiatrien:

- Sikre somatisk udredning og behandling og medicingennemgang
- Udrede ift. forvekslingsdiagnoser
- Iværksætte behandling af psykisk sygdom med relevant medicin

Ved henvisning til Oligofrenipsykiatrisk Ambulatorium MA4:

- Sikre grundig henvisning – særlig vigtigt efter indførelsen af Psykiatriens Centrale Visitation

Ved ambulant udredning og behandling:

- Varetage somatisk udredning og behandling
- Være ajour med korrespondancemeddelelser og epikriser
- Deltage i behandlingskonferencer ved behov

Opfølgning på behandling:

- Receptfornyelse

3.3 Regionspsykiatriens ansvar

Ved udredning og behandling og opfølgning:

- Udredning, diagnosticering og igangsætning af behandling iht. de nationale pakkeforløb
- Sikre, at der i epikrisen tydeligt nævnes anbefalinger ift. det videre forløb, fx ang. henvisninger
- Patienten medgives epikrise og afstemt medicinliste
- Videregive relevant information til kommunen om opgaver ifm. opfølgning på behandling

Ambulant behandling foregår på MA4, og indlæggelse sker på de relevante lokale psykiatriske afdelinger.

4 Indsatsområder

1 Kompetenceudvikling:

I alle kommuner skal medarbejdere, der arbejder med personer med udviklingshæmning, have adgang til oligofrenipsykiatrikyndige medarbejdere, svarende til at der i alle kommuner er demenskonsulenter/demenskoordinatorer.

Det er op til den enkelte kommune, hvordan der sikres adgang til oligofrenipsykiatrikyndige – der kan fx etableres samarbejde mellem kommuner, så en oligofrenipsykiatrikyndig varetager opgaver for flere kommuner.

Det tilstræbes, at den kommunale oligofrenipsykiatrikyndige har sundhedsfaglige kompetencer. Vedkommende skal have erfaring med psykiatri og medicin håndtering. Desuden erfaring med kognitive funktionsnedsættelser eventuelt fra arbejde med senhjerneskadede eller personer med udviklingshæmning.

Den oligofrenipsykiatrikyndige skal kunne guide og give sparring til det pædagogiske personale, samt bistå i forbindelse med brug af screeningsværktøjer.

Det er derudover vigtigt, at den oligofrenipsykiatrikyndige har viden om lovgivningen på området og om organisatoriske forhold.

Der foretages en kortlægning af, hvilke kompetencer kommunerne råder over mht. oligofrenipsykiatri.

Styregruppen for voksenpsykiatri tager efterfølgende stilling til udformningen af kompetenceudviklingen på området.

Vedligeholdelse af kompetencerne sker via årlige opfølgningsdage arrangeret som Fælles Skolebænk.

2 Screeningsværktøjer:

Anvendelsen af aftalte symptomtjeklister og screeningsværktøjer bidrager til at kvalificere den indledende screening, og dermed kvalificeres prioriteringen af, hvem der sendes videre til udredning for psykisk sygdom.

Det skal fremgå af henvisningerne, hvilke værktøjer der er blevet anvendt.

Fælles aftalte screeningsværktøjer hjælper til at etablere et fælles sprog på tværs af sektorer.

5 Opfølgning og evaluering

Styregruppen for voksenpsykiatri har ansvar for at følge op på sundhedsaftalen for oligofrenipsykiatriområdet.