

Bilag til Sundhedsaftalen om mennesker med sindslidelser

Bilag 1: Aftaler vedr. voksne med sindslidelse

Bilag 2: Aftaler vedr. børn og unge med sindslidelse

Bilag 3: Aftaler vedr. mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose)

Bilag 4: Aftaler vedr. gerontopsykiatriske patienter

Bilag 5: Aftaler vedr. børn af psykisk syge

Bilag 6: Oversigt over kommunale kontaktpersoner

Bilag 7: Oversigt over kontaktpersoner vedr. regionale tilbud

Bilag 1 til basisaftalen vedr. mennesker med sindslidelse: Aftaler vedr. indsatsen overfor voksne med sindslidelse

Indholdsfortegnelse

1	MÅLGRUPPE	2
1.1	Psykiatriens målgruppe	2
1.2	Praktiserende læges målgruppe	2
1.3	Kommunens målgruppe	2
2	TILBUD	3
2.1	Tilbud i Psykiatrien, Region Nordjylland	3
2.2	Tilbud i kommunen	4
3	HENVISNINGSMULIGHEDER	4
3.1	Henvisning til Psykiatrien	4
3.2	Henvisnings- og henvendelsesmuligheder udenfor almindelig åbningstid	5
3.2.1	Praktiserende læge	5
3.2.2	Psykiatrien, Region Nordjylland	5
3.2.3	Kommunen	5
4	KOORDINERING AF DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE	6
4.1	Udpegning af kontaktpersoner	6
4.1.1	Patientens sundhedsfaglige kontaktperson i behandlingspsykiatrien	6
4.1.2	Kontaktperson i Specialsektoren	6
4.1.3	Patientens kontaktperson i kommunen	6
4.2	Særlige koordineringsområder	6
4.2.1	Koordinering af indsatsen i forhold til patienter i ambulant behandling	7
4.2.2	Koordinering af indsatsen vedr. sagsbehandling af indlagte og ambulante patienter	9
4.2.3	Tværasektorielt samarbejde i forbindelse med udskrivning	10
4.2.4	Tværasektorielt samarbejde vedrørende lægeordineret medicin	11
4.2.5	Psykiatrisk speciallægebistand	11

1 Målgruppe

1.1 Psykiatriens målgruppe

Det almene voksenpsykiatriske sygehusvæsen i Region Nordjylland har det direkte behandlingsansvar over for borgere fra og med 18 år med sindslidelse og varetager behandling og den dertil knyttede observation, udredning, diagnostik, sygdomsbehandling, sundhedsfaglig pleje samt patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. I henhold til Sundhedsloven tilbyder behandlingspsykiatrien specialiseret rådgivning i forhold til kommunernes indsats.

De psykiatriske afdelinger samarbejder med relevante aktører (f.eks. kommunen og praktiserende læger) i det enkelte patientforløb.

I henhold til den politisk vedtaget Psykiatriplan, der er gældende for 2008-2015, er der følgende målgruppe i Psykiatrien:

Afdeling	Målgruppen januar 2011
Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling:	0-17 år (inkl.) Op til 30 år for patienter med spiseforstyrrelse (i samarbejde med voksenpsykiatrien)
Almen voksenpsykiatrisk afdeling:	18 år-79 år (inkl.)
Gerontopsykiatrisk afdeling:	+65 år med demenstilstand kompliceret af psykiatriske symptomer
	Pr. 1. september 2011: +65 år med demenstilstand kompliceret af psykiatriske symptomer +75 år med nyopstået psykisk sygdom +80 år med kendt psykisk sygdom
Retspsykiatrisk afdeling:	Psykiatriske patienter med dom til behandling/ anbringelse samt mentalobservation +18 år (inkl.).

1.2 Praktiserende læges målgruppe

Den praktiserende læge har det umiddelbare behandlingsansvar overfor målgruppen, herunder ansvar for, at patienterne henvises til den fornødne udredning og behandling ved regionens sygehusvæsen eller ved praktiserende speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri.¹

1.3 Kommunens målgruppe

Kommunen varetager forebyggende og sundhedsfremmende initiativer, herunder yde støtte til opretholdelse af de personlige færdigheder eller af livsvilkårene overfor borgerne, og kommunen har ansvar for vedligeholdelse og opretholdelse af borgernes daglige færdigheder samt ansvar for at iværksætte støtteforanstaltninger, herunder tilbud og ydelser i henhold til Serviceloven.

¹ Begrebsafklaring: Sundhedsaftalen vedrørende mennesker med sindslidelse vedrører praktiserende læger indenfor specialerne: Almen medicin, psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Når der i det følgende anvendes betegnelsen "praktiserende læge" er det i betydningen "praktiserende speciallæge i Almen Medicin".

2 Tilbud

2.1 Tilbud i Psykiatrien, Region Nordjylland

I Psykiatrien, Region Nordjylland foregår hovedparten af behandlingen af voksne mennesker med en almenpsykiatrisk sindslidelse på de almenpsykiatriske afdelinger og i ambulante regi herunder distriktspsykiatrien. For mindre grupper af mennesker med sindslidelse med særlige behov varetager Psykiatrien mere specialiserede opgaver. Psykiatrien, Region Nordjylland har følgende behandlingstilbud:

Almen voksenpsykiatri (Afdeling Nord, Afdeling Syd og Afdeling Thy/Mors):

- Sengeafsnit
- Ambulant funktion, herunder distriktspsykiatri og opsøgende psykoseteams
- Den ambulante behandling foregår på de psykiatriske sygehuse eller i et af de decentrale distriktskontorer, der er placeret i henholdsvis Aalborg, Brønderslev, Frederikshavn, Hjørring, Thisted, Hobro, Brovst, Dronninglund og Nykøbing Mors. Distriktspsykiatrien kan også varetage hjemmebesøg.

Specialfunktioner i almen voksenpsykiatri:

- Psykiatrisk Skadestue/Modtagelse
- Oligofrenifunktion (behandling af udviklingshæmmede med psykiske lidelser)
- Psykoterapeutisk Klinik, herunder også et dagtilbud
- Affektiv Klinik (behandling af patienter med depression og mani)
- Team for akut og intensiv ambulant behandling til patienter med depression (afdeling Syd).
- Center for Selvmordsforebyggelse
- Dobbelttdiagnosteam (jf. endvidere bilag 3)

Gerontopsykiatri (jf. endvidere bilag 4):

- Sengeafsnit
- Ambulant funktion

Retspsykiatrisk afdeling:

- Sengeafsnit
- Ambulant funktion
- Mentalobservation (ambulante og indlagte)

Børne- og Ungdomspsykiatri (jf. endvidere bilag 2):

- Sengeafsnit
- Dagafsnit
- Ambulant funktion, der er inddelt i et børneambulatorium og et ungeambulatorium
- Spiseforstyrrelsesenhed for patienter op til 30 år (i samarbejde med voksenpsykiatrien)

For yderligere information og beskrivelse af ovennævnte behandlingstilbud henvises til Psykiatriens hjemmeside www.psykiatri.rn.dk.

Det bemærkes, at patienter, der modtager ambulant behandling er omfattet af reglerne om befordring eller befordringsgodtgørelse i henhold til Sundhedsloven.

I henhold til Region Nordjyllands Psykiatriplan er der fokus på fortsat udvikling af den ambulante psykiatri. I Psykiatriplanens planperiode (2008-2015) planlægges der ikke nedlæggelse af sengepladser. Sengekapaciteten vil løbende blive vurderet med henblik på, hvorvidt der skal ske ændringer i sengekapaciteten i opad- eller nedadgående retning set i forhold til det forventede behov.

Udviklingen af den ambulante psykiatri indgår i Psykiatriplan for Region Nordjylland 2008-2015. Frem til 2015 er der følgende planer for yderligere udvikling af den ambulante behandling:

- Dagtilbud til patienter med personlighedsforstyrrelse i Thy/Mors
- Oprettelse af opsøgende psykoseteam til unge med skizofreni (OPUS)
- I tilknytning til de opsøgende psykoseteams i Region Nordjylland, vil der ske en yderligere styrkelse af indsatsen ved etablering af en specialfunktion for patienter med skizofreni, der ikke responderer på psykofarmakologisk behandling.
- Udbredelse af dobbeltdiagnoseteamet til at være regionsdækkende

Der henvises til Psykiatriplanen for Region Nordjylland 2008-2015 for yderligere beskrivelse af de fremtidige planer for udvikling af Psykiatrien, Region Nordjylland (jf. www.psykiatri.rn.dk).

2.2 Tilbud i kommunen

Kommunen sikrer, at der forefindes de fornødne sociale tilbud til at støtte den sindslidende i at leve et værdigt liv, på egne præmisser og med så stor grad af kompetence som muligt. De sociale tilbud skal være differentierede med henblik på at sikre mulighed for såvel social træning/-udvikling som vedligeholdelse af færdigheder. Kommunen sikrer, at der er adgang til socialpsykiatriske tilbud og mulighed for telefonisk kontakt døgnet rundt, og kommunen varetager akutte socialpsykiatriske opstået situationer. Jf. rammeaftalen på socialområdet drives de sociale tilbud af såvel kommunerne som Specialsektoren i regionen. Rammeaftalen fornyes 1 gang årligt med justeringer af tilbud samt pladser. Rammeaftalen forefindes på www.rn.dk.

3 Henvisningsmuligheder

3.1 Henvisning til Psykiatrien

Pr. 1. januar 2010 er der ved lov indført behandlingsret i den almene voksenpsykiatrien. Med lovens indførelse gives voksne med sindslidelser mulighed for at benytte udvidet frit sygehusvalg til private sygehuse, når der er mere end 2 måneders (60 dage) ventetid på behandling ved det offentlige sygehus. Derudover skal det være opfyldt, at ventetiden på det private aftalesygehus er mindre end på det offentlige sygehus for den aktionsdiagnose patienten er henvist på og behandles under. Hermed vil mennesker med sindslidelser, der er fyldt 19 år, få en ret til at vælge behandling på private aftalesygehuse. Målgruppen for den udvidede behandlingsret er psykiatriens nuværende målgruppe, dog med undtagelse af de patienter, der har behov for akut behandling og retspsykiatriske patienter, som stadig skal behandles i offentligt regi uanset ventetiden.

Psykiatrien, Region Nordjylland har i samarbejde med almen praksis udarbejdet en tjekliste vedrørende, hvilke oplysninger, der som minimum skal være indeholdt i en henvisning fra de praktiserende læger til de almene voksenpsykiatriske afdelinger. Tjeklisten lever op til standarderne i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Tjeklisten forefindes på www.sundhed.dk og Psykiatriens hjemmeside www.psykiatri.rn.dk.

Elektive henvisninger fra praktiserende læger og speciallægepraksis fremsendes elektronisk via edifact til den voksenpsykiatriske afdeling, der dækker det optageområde, som patienten bor i. Eventuelle bilag eftersendes. Elektive henvisninger må ikke være håndskrevne.

Akutte henvisninger skal, når det er muligt fremsendes via edifact eller fax til modtageafdelingen. Alternativt må patienten selv medbringe en henvisning indeholdende de samme oplysninger i let læselig skrift. I forbindelse med henvisning til akut indlæggelse skal den modtagende afdeling samtidig kontaktes telefonisk.

Hvis det vurderes ved visitationen eller senere i en forvisitationssamtale, at patienten ikke skal behandles i Psykiatrien i Region Nordjylland, sendes henvisningen tilbage til henviser eventuelt med anbefaling af behandling i andet regi.

Tjekliste vedrørende indhold i henvisninger til de almen voksenpsykiatriske afdelinger (den gode henvisning):

Indhold i elektive henvisninger:

- Generelle personoplysninger. inkl. (mobil)telefonnummer og hvor patienten kan træffes
- Navn, adresse og telefonnummer på henviser
- Aktuell problemstilling, herunder patientens hovedklager og symptomer
- Henvisendes analyse og konklusion af det hidtidige forløb og aktuell problemstilling i sagen
- Hvad forventes af henvisningen og hvorfor
- Hvilke foranstaltninger har der eventuelt været overvejet
- Angivelse af somatiske problemstillinger. Her skal det fremgå, om patienten er somatisk udredt forud for den psykiatriske henvisning
- Angivelse af evt. misbrugsproblemstilling. Det skal fremgå, om der er aktuelt misbrug og hvor omfattende, eller, hvis det er ophørt, hvor længe patienten har været stof-/alkoholfri
- Aktuell behandling samt tidligere behandlingsforsøg og effekt heraf
- Generelle oplysninger om medicinstatus. (Aktuelle totale medicinforbrug)
- Eventuelle allergier herunder eventuelt CAVE
- Oplysninger om tidligere psykiatriske indlæggelser og ambulante forløb i psykiatrisk regi
- Patientens motivation for at følge behandling
- Hvilken information er givet til patient og eventuelle pårørende

Indhold i akutte henvisninger:

- Begrundelse for indlæggelsen
- Kort anamnese
- Relevant comorbiditet
- Aktuell medicin
- Eventuel CAVE
- Hvilken information er givet til patient og eventuelle pårørende

3.2 Henvisnings- og henvendelsesmuligheder udenfor almindelig åbningstid

3.2.1 Praktiserende læge

Lægevagten kan anvendes ved sygdom, hvor behandlingen ikke kan vente til næste hverdag. Lægevagten er åben fra kl. 16-08 på hverdage og hele weekenden, dvs. fra fredag kl. 16 til mandag kl. 08 samt helligdage.

3.2.2 Psykiatrien, Region Nordjylland

Den Psykiatriske Skadestue har mulighed for akut modtagelse af borgere i alle aldre døgnet rundt alle dage. Adgangen til Den Psykiatriske Skadestue er visiteret. Henvendelse kan ske på baggrund af en skriftlig henvisning fra egen læge/vagtlæge eller praktiserende speciallæge. Patienter, der i forvejen er i behandling i Psykiatrien eller har været det indenfor det seneste år, har uvisiteret adgang til Den Psykiatriske Skadestue. Den Psykiatriske Skadestue har tilknyttet en døgnåben telefonrådgivning, som sindslidende med behov for hjælp kan kontakte på telefon 98 13 42 02. Den Psykiatriske Skadestue/Modtagelse er placeret på Mølleparkvej 10, 9000 Aalborg.

Der er hele døgnet mulighed for akut indlæggelse primært i den Psykiatriske Skadestue/Modtagelse og de intensive sengeafsnit.

I henhold til Psykiatriplanen for Region Nordjylland er det besluttet, at der skal etableres en fælles akutmodtagelse for psykiatrien og somatikken i Region Nordjylland, der skal fungere som en primær indgang til akut psykiatrisk behandling i regionen. Den fælles akutmodtagelse skal blandt andet give mulighed for en samordning af den akutte indsats på tværs af somatikken og psykiatrien samtidig med, at der fra starten stilles en bredere vifte af specialer til rådighed i forbindelse med modtagelsen af patienten. Etablering af en fælles akutmodtagelse for psykiatrien og somatikken vil tidligst ske, når anlægsprojekterne er gennemført.

3.2.3 Kommunen

Kommunen er forpligtet til ved en relevant fagperson at varetage akutte sociale problemer, herunder ved afvisning i Den Psykiatriske Skadestue, når det vurderes, at der ikke er en akut psykiatrisk problemstilling.

④ Koordination af det tværsektorielle samarbejde

Der er et særligt behov for koordinering af indsatsen i forhold til patienter, der har behov for såvel en socialpsykiatrisk som en behandlingspsykiatrisk indsats.

Aftalen om indlæggelse og udskrivning, der er indgået mellem kommunerne og Region Nordjylland beskriver samarbejdet i forbindelse med sektorovergange for såvel somatiske som psykiatriske patienter. Aftalen er tilgængelig på Region Nordjyllands hjemmeside www.rn.dk.

4.1 Udpegning af kontaktpersoner

For at sikre koordinering af indsatsen igennem hele patientforløbet skal der udpeges sundhedsfaglige kontaktpersoner i behandlingspsykiatrien samt kontaktpersoner i kommunen. Kontaktpersonerne er ansvarlige for at koordinere samarbejdet vedrørende den socialfaglige og sundhedsfaglige indsats i det enkelte patientforløb.

4.1.1 Patientens sundhedsfaglige kontaktperson i behandlingspsykiatrien

Alle patienter skal senest 24 timer efter indlæggelse eller senest ved det 2. ambulante besøg have tildelt en navngiven kontaktperson, der er en sygehusansat sundhedsfaglig person, der er tilknyttet den enkelte patient med særligt ansvar for sikring af sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og/eller i ambulante forløb. Den sundhedsfaglige kontaktperson dokumenteres i journalen. I forbindelse med overgang til behandling på et andet sygehusafsnit/-afdeling eller i distriktspsykiatrisk team orienterer den pågældende afdeling/distriktspsykiatrisk team patienten, de pårørende og den kommunale kontaktperson om, hvem der er patientens nye sundhedsfaglige kontaktperson(er).

4.1.2 Kontaktperson i Specialektoren

Der er udarbejdet en oversigt over de regionale kontaktpersoner, som kommunen kan rette henvendelse til i forbindelse med borgere, som kommunen overvejer at visitere eller allerede har visiteret til et regionalt tilbud. Den opdaterede oversigt er tilgængelig på Psykiatriens hjemmeside www.psykiatri.rn.dk.

4.1.3 Patientens kontaktperson i kommunen

Det er aftalt, at medarbejdere i behandlingspsykiatrien skal have én indgang til den enkelte kommune. Der er således udarbejdet en oversigt over, hvem (navn, telefonnummer og e-mailadresse) behandlingspsykiatrien kan kontakte i den enkelte kommune ved behov for koordinering af samarbejdet i et patientforløb. Det er kommunernes ansvar at sørge for, at ajourføre oversigten ved at skrive til Psykiatriens hovedpostkasse psykiatri@rn.dk. Oversigten vedrørende kommunale kontaktpersoner er at finde på Psykiatriens hjemmeside www.psykiatri.rn.dk.

Kontaktpersonerne i såvel regionen som i kommunen har ansvar for at videregive relevant information samt inddragelse af relevante aktører.

4.2 Særlige koordineringsområder

Der er særlige opgaver/områder i patientforløbet, der går på tværs af regionale og kommunale myndighedsområder, hvor det vurderes, at der er behov for at tydeliggøre snitfladen/ arbejdsdelingen. Det drejer sig om følgende områder:

- Ambulant behandling, med fokus på arbejdsdelingen i forhold til distriktspsygeplejerskens opgaver samt opsøgende psykoseteam
- Sagsbehandling i forhold til indlagte patienter og patienter i ambulant behandling
- Tværsektorielt samarbejde i forbindelse med udskrivning
- Tværsektorielt samarbejde i forbindelse med lægeordineret medicin
- Psykiatrisk speciallægebistand

4.2.1 Koordinering af indsatsen i forhold til patienter i ambulante behandling

Der er enighed om, at det er vigtigt for samarbejdet om den enkelte patient, at de involverede parter har gensidigt kendskab til arbejdet vedrørende patienten i henhold til behandlingsplan/handleplan. Såfremt patienten/borgeren giver samtykke hertil, er der enighed om, at der skal udveksles relevante informationer.

Arbejdsdeling i forhold til distriktssygeplejerskens og hjemmeplejens opgaver:

Behandlingspsykiatriens opgaver

Overordnet behandler sygehusspsykiatrien patienter med sindslidelser, der ifølge en lægefaglig vurdering har behov for en aktiv psykiatrisk behandlingsindsats. Denne behandling skal have et målrettet sigte i forhold til sygdommen, herunder kortsigtede og langsigtede definerede behandlingsmål formuleret i en behandlingsplan. Hertil kommer en psykosocial indfaldsvinkel, som er en integreret del af enhver psykiatrisk behandling, hvor påvirkning af miljøet i sig selv vil udgøre en egentlig behandling.

Psykiatriens ambulante behandlingsansvar, herunder distriktspsykiatrisk behandling, relaterer sig til behandlingskrævende problemstillinger, der knytter sig direkte til den psykiatriske sygdom. Det kan f.eks. være behandling af symptomer og reaktioner, der skyldes den psykiatriske sygdom. Det kan ligeledes være løbende stabiliserende behandling med henblik på at undgå tilbagefald eller forværring af patientens tilstand. Behandlingen skal altid være lægefagligt begrundet og have et målrettet sigte.

Distriktssygeplejersken har fremskudte behandlingsopgaver og varetager i henhold til behandlingsplanen følgende opgaver:

- Observerer, vurderer og handler på patientens sygdoms- og sundhedsmæssige tilstand
- Observerer, vurderer og handler på medicinens virkninger, bivirkninger og interaktion
- Observerer, vurderer og handler i forhold til patientens almene helbredstilstand – herunder somatiske sygdomme og sygdomsrelaterede tilstande (f.eks. livsstilsproblematikker), da der eksisterer en oversygelighed blandt patienter med sindslidelser i forhold til den øvrige befolkning
- Forholder sig psykoterapeutisk til patientens sundhed og sygdom med henblik på mestring af sygdommen
- Bidrager til en klarlæggelse af på hvilken måde miljøet, som patienten befinder sig i, kan påvirkes for at understøtte behandlingen af sindslidelsen
- Koordinerer behandlingsindsatsen med henblik på en intern tværfaglig og tværsektoriel indsats i forhold til patienten, f.eks. inddragelse af og samarbejde med praktiserende læge, kommunal hjemmesygeplejerske, m.v. Formålet med denne indsats er til stadighed at arbejde på at undgå tilbagefald ved at fastholde patienten i behandling
- Varetager psykoekation med henblik på sygdomserkendelse og sygdomsindsigt
- Samarbejder med pårørende om patientens behandlingssituation i forhold til sygdommen. Pårørende har en vigtig rolle i patientens sygdomsforløb, og derfor skal de inddrages gennem hele sygdomsforløbet samt rådes og vejledes desangående
- Tilbyder en ”Spørg til børnene samtale”

Kommunens opgaver

Kommunen har i henhold til Lov om Social Service ansvar for at tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, herunder:

- At tilrettelægge en særlig rådgivningsindsats overfor målgruppen samt at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til den del af målgruppen, der må formodes ikke at henvende sig selv
- At yde en helhedsorienteret indsats afpasset den enkeltes behov, herunder forebygge at problemerne for den enkelte forværres
- At tilbyde en individuelt tilrettelagt støtte til udvikling og vedligeholdelse af færdigheder, herunder støtte til at skabe eller opretholde sociale netværk, struktur i dagligdagen m.v.
- At sikre mulighed for deltagelse i aktivitets- og samværstilbud samt beskæftigelse, herunder beskyttet beskæftigelse
- At sørge for botilbud til personer der ikke magter at bo i egen bolig. Opholdet kan være af midlertidig eller længerevarende karakter.

Arbejdsdeling vedr. patienter der er tilknyttet Psykiatriens opsøgende psykoseteams:

Behandlingspsykiatriens opgaver

Opsøgende psykoseteam er den danske betegnelse for Assertive Community Treatment (ACT), der har USA som foregangsland. Målgruppen er de sværest psykisk syge, hvor ca. 20-30 % har supplerende misbrug og ca. 10 % dom til behandling.

I Psykiatrien, Region Nordjylland er der etableret opsøgende psykoseteams, der dækker hele regionen. De opsøgende psykoseteams modtager patienter, der er internt visiteret fra de voksenpsykiatriske afdelinger.

Indsatsen vedrørende patienter i opsøgende psykoseteam er tværsektoriel, og det er væsentligt at præcisere snitfladen mellem teamets sundhedsfaglige medarbejdere og de kommunale medarbejders ansvarsområde.

Indsatsen er sundhedsfaglig og teamet, der består af medarbejdere fra behandlingspsykiatrien, er tværfagligt funderet og udgør en del af behandlingspsykiatriens tilbud til patienter med komplekse behandlingskrævende psykiatriske problemstillinger. Medarbejdere i det opsøgende psykoseteam har mulighed for akut indlæggelse af patienter, der er tilknyttet teamet.

Målgruppe:

Målgruppen for det opsøgende psykoseteam er karakteriseret ved operationelle kriterier vedrørende:

- Hoveddiagnose (skizofreni, paranoid psykose, skizoaffektiv sindslidelse, bipolær sindslidelse)
- Bidiagnose (misbrug, retspsykiatrisk foranstaltning)
- Stort forbrug af sygehusydelser ("svingdørpatienter", langtidsindlagte patienter)

Formål:

Formålet er at fastholde patienten i den nødvendige behandling, og at forebygge og afhjælpe i forhold til opnåelse af færre og kortvarige indlæggelser.

Yderligere er formålet at medvirke til mindskning af sundhedsmæssige og sociale problemer og komplikationer herunder hjemløshed, misbrug og kriminalitet. Det indgår også at understøtte en højere grad af beskæftigelse. Hovedsigtet er, at patienten opnår øget livskvalitet, og at både patient og pårørende føler større tilfredshed, livskvalitet og sammenhæng i hverdagslivet.

Opgavevaretagelse:

Opsøgende psykoseteam har ansvar for koordinering af indsatsen i patientforløbet (både i indlæggelses- og ambulante forløb) samt i samarbejdet med patienten, pårørende og samarbejdspartnere (kommunen og praktiserende læge). Med patientens samtykke kan medarbejderne i det opsøgende psykoseteam rette henvendelse til den kommunale socialpsykiatri.

Alle teammedlemmer fungerer som frontmedarbejdere, men overvejende varetager sygeplejersker behandlingsopgaverne i henhold til behandlingsplanen og med udgangspunkt i observation, vurdering og behandling af:

- Psykokognitive problemstillinger ud fra den kognitive, adaptive – og stemningsplacerede status
- Funktionelle problemstillinger ud fra energi, egenomsorgs, compliance, kommunikations – og sociale funktionsstatus
- Sikkerhedsmæssige problemstillinger ud fra personlig risikoadfærd (f.eks. selvskaade, selvmord) og sundhedsmæssig risiko
- Biofysiologiske problemstillinger ud fra neurofysiologiske, farmakologiske (virkning, bivirkning og interaktion af medicin) og vitale behovsområder (f.eks. ernæring, elimination, kredsløb, immunforsvar og søvnmønster) herunder også somatisk sygdom
- Eksistentielle problemstillinger ud fra patientens fænomen – reaktion og symptomoplevelse, herunder mestringsstatus ift. problemløsning, sorg, krise, livslyst, livsmod, psykisk og kropslig identitet
- Livsstilmæssige problemstillinger ud fra patientens viden/manglende viden om sundhed, sygdom, behandling og forebyggelselementer (f.eks. KRAM faktorer)
- Netværk – og familiemæssige problemstillinger f.eks. omsorgsevne, omsorgsfunktioner og familierelationer, familiemestring og familieintegritet

Metode:

Formen er en aktiv, vedvarende, opsøgende tilgang. Metoderne i det sundhedsfaglige behandlingsarbejde er:

- Vedholdende og opsøgende indsats – som minimum kontakt til patienten én gang ugentligt
- Regelmæssige aftalte samtaler

- Interaktion m. relations – empowerment – motivations - og psykoterapeutiske elementer
- Individuel og grupperelateret psykoedukation med henblik på viden om og forståelse for sygdom
- Gruppebehandling (eksempelvis mestring, problemløsning, kommunikation)
- Kriseintervention
- Guidet egenbeslutning
- Medikamentel behandling
- Sundhedsmæssig og - social færdigheds/funktionstræning
- Monitorering
- Samarbejde med kommunale medarbejdere
- Socialfaglig orienteret arbejde
- Pårørendesamarbejde
- Udnyttelse af lokalsamfundets muligheder
- Koordinering internt og eksternt

Patientkontakten foregår ambulant, ved hjemmebesøg eller i lokalområdet, og der er tilgængelighed hele døgnet fra kl. 8–16 ved telefonisk kontakt til patientens kontaktperson. Efter kl. 16 på hverdage samt i weekender/helligdage er der følgende telefoniske henvendelsesmuligheder (jf. endvidere www.psykiatri.rn.dk):

Opsøgende psykoseteam, Afdeling Syd:

Henvendelse til Aalborg Psykiatriske Skadestue og Modtagelse

Opsøgende psykoseteam, Afdeling Thy/Mors:

Henvendelse til Afdeling Thy/Mors

Opsøgende psykoseteam, Afdeling Nord:

Henvendelse til Afsnit N19, Brønderslev Psykiatriske Sygehus

Kommunens opgaver

Jf. beskrivelsen i afsnittet vedrørende arbejdsdeling i forhold til distriktssygeplejerskens og hjemmeplejens opgaver.

Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde i forhold til opsøgende psykoseteam

Det er aftalt, at Psykiatrien orienterer patientens praktiserende læge, når patienten tilknyttes opsøgende psykoseteam (via ambulant journalnotat) samt afslutter behandling i opsøgende psykoseteam (via epikrisen). Praktiserende læge skal endvidere modtage det ambulante journalnotat ved ændring af medicin.

4.2.2 Koordinering af indsatsen vedr. sagsbehandling af indlagte og ambulante patienter

Opgaver vedrørende sagsbehandling i forhold til indlagte og ambulante patienter går ligeledes på tværs af det regionale og kommunale myndighedsområde, og der er således behov for en tydeliggørelse af sektorernes opgavefordeling på socialrådgiverområdet for at sikre en koordineret og sammenhængende indsats på området.

Behandlingspsykiatrien har den koordinerende rolle i patientforløbet, mens kommunen har myndighedsansvaret.

Behandlingspsykiatriens opgaver ved socialrådgiver

- Undersøge og klarlægge patientens sociale forhold, herunder at udfærdige social anamnese samt rådgive og vejlede om sociale rettigheder/muligheder under indlæggelse/ambulant behandling,
- Varetage en igangsættende og koordinerende funktion i forhold til relevante myndigheder og samarbejdspartnere (eksempelvis i forbindelse med udskrivningskonference, samarbejds møder og færdigbehandling) herunder at sikre videregivelse af relevant information.
- Varetage en rådgivende og vejledende specialistfunktion og sikre den tværfaglige og tværsektorielle koordinering af indsatsen ved patientens udskrivning.

Kommunens opgaver ved sagsbehandler

- Yde rådgivning og vejledning samt iværksætte støttetilbud efter en konkret behovsvurdering og som en individuelt tilrettelagt indsats.

- Ved behov for kommunal myndighedsudøvelse er det den relevante kommunale sagsbehandler, der koordinerer indsatsen internt i kommunen. Hvis det i det enkelte patientforløb vurderes, at det er hensigtsmæssigt at afvige fra dette, skal ændringer i rollefordelingen aftales konkret.
- Indhente de fornødne oplysninger, der skal foreligge ved beslutning om iværksættelse af støtteforanstaltninger, herunder indhente oplysninger ved relevante fagpersoner, såsom praktiserende læge, speciallæge i psykiatri, psykolog, socialrådgiver m.v.

4.2.3 Tværsektorielt samarbejde i forbindelse med udskrivning

Behandlingspsykiatrien har ansvar for at tage initiativ til at etablere et tværsektorielt samarbejde med relevante parter. Det er vigtigt, at koordinering af udskrivningen løbende drøftes og revurderes med formål at styrke den tværfaglige og tværsektorielle indsats overfor patienten i forbindelse med udskrivning.

Igennem hele patientforløbet er det vigtigt at inddrage og informere den sindslidende om indsatsen, og med patientens samtykke relevante pårørende.

Følgende sikrer, at der sker en koordinering af indsatsen i forbindelse med patientens udskrivning:

Samarbejds møder

Der afholdes samarbejds møder vedrørende patienter, som allerede inden indlæggelsen har kontakt til et professionelt netværk. Møderne afholdes med henblik på en drøftelse af patientens behov efter udskrivning eller behov for justering af tilbud efter udskrivelse.

Udskrivningskonference

Når der i forbindelse med udskrivning skal ske en ny eller ændret indsats vedr. patienten, afholdes der under forudsætning af patientens samtykke en udskrivningskonference med deltagelse af relevante samarbejdspartnere. Udskrivningskonferencen er et netværksmøde med deltagelse af patienten, evt. pårørende og de relevante samarbejdspartnere fra kommunen. De relevante fagpersoner fra kommunen defineres af kommunen og de relevante fagpersoner fra behandlingspsykiatrien defineres af behandlingspsykiatrien. I begge tilfælde ud fra en konkret vurdering af patientens fremtidige behov. Herunder skal det sikres, at personerne ved udskrivningskonferencen har den nødvendige kompetence til at indgå alle aftaler om udskrivningen. Formålet med udskrivningskonferencen er at drøfte og planlægge, hvilken indsats patienten har behov for efter udskrivning. Udskrivningskonferencen afholdes så tidligt i forløbet som muligt og inden færdigmeldingsdatoen og senest 4 dage efter anmodningen om afholdelse. Hvis dette ikke er muligt, skal sygehuset/kommunen redegøre herfor. Jf. endvidere sundhedsaftalen vedr. indlæggelse og udskrivning.

Udskrivningssamtale

Den behandlingsansvarlige læge og patientens kontaktperson skal, inden udskrivning fra indlæggelse eller afslutning af det ambulante forløb, afholde en udskrivnings-/afslutningssamtale med patienten og med patientens samtykke eventuelt pårørende.

Udskrivningsbrev/-notat

Efter hver indlæggelse sendes epikrisen (udskrivningsbrevet) til egen læge og henvisende læge ved udskrivelsen eller alternativt senest 3 dage efter udskrivelsen. For patienter der skal følges op af egen læge fremsendes epikrisen eller alternativt udskrivningsnotatet ved udskrivelsen eller alternativt inden opfølgningen. I tilfælde af at dette ikke er muligt kontaktes den praktiserende læge telefonisk eventuelt via sekretæren. Jf. endvidere sundhedsaftalen vedr. indlæggelse og udskrivning.

Orientering ved uplanlagt udskrivning

Hvis patienten forlader den psykiatriske afdeling uden, at dette er aftalt, orienterer den psykiatriske afdeling, den kommunale kontaktperson samt de pårørende herom, såfremt det efter en individuel vurdering skønnes, at dette er nødvendigt af væsentlig hensyn til patienten eller andre (Jf. Sundhedsloven kap. 9).

Udskrivningsaftale og koordinationsplan

I henhold til Psykiatriloven har den behandlingsansvarlige overlæge ansvar for, at der udarbejdes en udskrivningsaftale for patienter, der efter udskrivning fra indlæggelse må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred. Udskrivningsaftalen er en frivillig aftale, der indgås mellem patienten,

den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder (praktiserende læge m.v.) og vedrører de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten efter udskrivning (jf. Psykiatriloven). Hvis patienten ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at der i samarbejde med relevante myndigheder udarbejdes en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Tvungen opfølgning

Der er pr. 1/10-2010 indført regler om tvungen opfølgning (i Psykiatriloven). Reglerne indføres for en 4-årig forsøgsperiode, hvorefter der skal fremsættes forslag om revision af loven på baggrund af erfaringerne. Reglerne om tvungen opfølgning består i, at overlægen kan træffe beslutning om, at patienten efter udskrivning skal møde til medicinering. Medicineringen skal foregå på en psykiatrisk afdeling (herunder distriktpsychiatriske lokaliteter). Hvis patienten ikke møder frivilligt til medicinering kan patienten afhentes af politiet med henblik på at blive indbragt til medicinering på psykiatrisk sygehus. Formålet med tvungen opfølgning er at give den forventeligt meget lille gruppe patienter, som er svære at fastholde i medicinsk behandling, mulighed for også efter udskrivning at opretholde et stabilt behandlingsforløb og bedre livskvalitet og dermed forebygge tilbagefald i patientens alvorlige psykiatriske sygdom, hvorved anden anvendelse af tvang (f.eks. tvangsindlæggelse og tvangsfiksering) forebygges.

4.2.4 Tværsektorielt samarbejde vedrørende lægeordineret medicin

Hvis kommunen/hjemmeplejen, praktiserende læge eller behandlingspsykiatrien får kendskab til eller mistanke om, at patienten er ophørt med at tage lægeordineret medicin, der administreres via hjemmeplejen, skal relevante samarbejdspartnere kontaktes, hvis det vurderes nødvendigt af væsentligt hensyn til patienten eller andre. Formålet er at forebygge tilbagefald hos patienten samt hindre utilsigtede hændelser (jf. Sundhedsloven kap. 9 og Forvaltningsloven § 27 og 28).

4.2.5 Psykiatrisk speciallægebistand

Når borgere i eget hjem, herunder beboere i kommunale, regionale eller private botilbud/opholdssteder, har behov for psykiatrisk udredning og eventuelt efterfølgende behandling, skal den praktiserende læge fremsende en henvisning til Psykiatrien, Region Nordjylland. Psykiatrien, Region Nordjylland kan blandt andet tilbyde distriktpsychiatrisk ambulans behandling, samt behandling (primært ved distriktsygeplejerske) i eget hjem eller i kommunale eller regionale botilbud, hvis dette findes indiceret.

Speciallæger i Psykiatrien, Region Nordjylland tager normalt ikke på hjemmebesøg. En undtagelse er oligofreniområdet (personer med vidtgående psykisk/fysisk handicap), hvor Psykiatrien, Region Nordjylland efter henvisning tager på hjemmebesøg, hvis det er muligt samt ved ambulans behandling. Oligofreniområdets speciallægebistand varetager behandlingen af borgere, der bor i botilbud med døgn dækning. Øvrige borgere der tilhører oligofreniområdet behandles i den psykiatriske afdeling, der dækker det pågældende optageområde. Ydelserne er omfattet af Sundhedsloven og finansiering finder sted indenfor rammerne af de almindelige finansieringsbestemmelser for sygehusydelser.

Bilag 2 til basisaftalen vedr. mennesker med sindslidelse: Aftaler vedr. indsatsen overfor børn og unge med sindslidelse

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	2
2. DEFINITION AF MÅLGRUPPEN OG ANSVAR	2
2.1. Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	2
2.2. Kommunen	2
3. TILBUD TIL BØRN OG UNGE MED SINDSLIDELSE	3
3.1. Tilbud ved Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	3
3.2. Børn og unge med sindslidelser der tillige har et misbrugsproblem	4
4. HENVISNING	4
4.1. Aftale vedrørende henvisning til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	4
4.2. Samarbejde og arbejdsdeling mellem kommunen og praktiserende læge	5
4.3. Tjekliste for den gode ikke akutte henvisning	5
4.4. Tjekliste for den gode akutte henvisning	6
4.5. Akutte henvendelsesmuligheder	8
5. VISITATION I PSYKIATRIEN	9
6. UDSKRIVNING, AFSLUTNING OG OPFØLGNING	9
6.1. Udskrivningskonference	10
6.2. Udskrivningsbrev	10
7. STYRKELSE AF SAMARBEJDET I FORBINDELSE MED TVÆRGÅENDE OPGAVER	10
7.1. Fælles kompetenceudvikling	10
7.2. "Åben konsultation" i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	11

1 Indledning

Nærværende del af Sundhedsaftalerne omfatter samarbejdet mellem Børne- og ungdomspsykiatrien, kommunerne og praktiserende læge, i de tilfælde hvor den enkelte patient er i målgruppen for både Børne- og ungdomspsykiatrien, kommunerne og/eller praktiserende læge.

Det er et fælles ansvar for aftaleparterne, at afdække de "gråzoner" der forefindes mellem de psykiatriske og socialt betingede situationer for den enkelte patient/borger såvel ved ind- og udskrivning. Det er væsentligt, at aftaleparterne i aftaleperioden har fokus på, at den enkelte patient/borger med problemer modtager støtte og/eller behandling afstemt ud fra den individuelle historik og den specifikke kontekst vedkommende befinder sig i.

2 Definition af målgruppen og ansvar

2.1. Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling varetager udredning, observation og komplicerede diagnostiske og behandlingsmæssige opgaver vedrørende børn og unge med psykiatriske lidelser til og med 17 år. Det drejer sig om børn og unge, der er så alvorligt syge, eller har så komplekse problemer, at de ikke kan få tilstrækkelig hjælp via instanserne i primærsektoren.

I henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør der altid ske en vurdering ved børne- og ungdomspsykiater eller eventuelt speciallæge i pædiatri og voksenpsykiatri i følgende tilfælde:

- Når der er mistanke om/eller påvist psykoser, affektive lidelser (mani, depression), tilstande med udtalte tvangshandlinger eller tvangstanker, anoreksi eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser
- Når børn og unge udfører alvorlige selvmordsforsøg
- Når psykofarmakologisk behandling med neuroleptika, antidepressiva og centralstimulantia af børn og unge ønskes iværksat
- Ved alvorlige diagnostisk uafklarede psykiske tilstande

Desuden vil det ofte være nødvendigt at henvise børn og unge med en kombination af psykisk og legemlig lidelse f.eks. psykisk syge børn/unge med diabetes.

2.2. Kommunen

Kommunen har ansvar for, at de opgaver og tilbud, der omfatter børn og unge og deres familier, udføres i samarbejde med forældrene og på en sådan måde, at det fremmer børns og unges udvikling, trivsel og selvstændighed. Dette gælder både ved udførelsen af det generelle og forebyggende arbejde og ved den målrettede indsats over for børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særligt behov for støtte. I den forbindelse iværksætter kommunen de fornødne undersøgelser og foranstaltninger jf. Serviceloven.

3 Tilbud til børn og unge med sindslidelse

3.1. Tilbud ved Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er aktuelt inddelt i:

Ambulatorium for børn	Ambulatoriet for børn dækker i hovedreglen aldersgruppen 0-14 år.
Dagafsnit	Dagafsnittet har 7 pladser og varetager udredning og behandling af børn op til 12 år.
Ambulatorium for unge med tilhørende døgnafsnit	Ambulatoriet for unge dækker i hovedreglen aldersgruppen 15-17 år. I det tilhørende døgnafsnit indlægges store børn/unge, der har behov for korte målrettede behandlingsforløb.
Døgnafsnit for almen børne- og ungdomspsykiatri	Døgnafsnittet har ved fuld kapacitetsudnyttelse 8 pladser, heraf 3 skærmede pladser. Målet med det fleksible døgnafsnit er, at afdelingen kan arbejde med korte veltilrettelagte behandlingsforløb.
Spiseforstyrrelses enhed	I maj 2010 etableres der en regionsdækkende Spiseforstyrrelsesenhed i Psykiatrien, Region Nordjylland. Spiseforstyrrelsesenheden varetager udredning og behandling af patienter i alderen ca. 12-30 år med moderat til svær spiseforstyrrelse (anoreksi eller bulimi), der har behov for indlæggelse eller ambulans behandling. Patienter under 18 år med behov for indlæggelse indlægges i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, mens patienter over 18 år indlægges i den voksenpsykiatriske afdeling Syd.

Ved fuld udbygning af spiseforstyrrelsesenheden vil der blive udsendt information herom til Kommunerne og praktiserende læger. Relevant information vedrørende spiseforstyrrelsesenheden vil fremgå af Psykiatriens hjemmesider www.psykiatrien.rn.dk og vil ydermere fremgå af sundhed.dk

Undersøgelse og behandling af patienter i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling omfatter alle diagnosegrupper – jf. ovenstående beskrivelse. Patienten indlægges, når der er tale om et meget svært komplekst sygdomsforløb.

Børne- og ungdomspsykiatrien er omfattet reglerne vedrørende udrednings- og behandlingsret for patienter under 19 år. Heraf følger at patienter, der bliver aktivt ventende mere end 60 dage på enten udredning og/eller behandling (hvis forværring af tilstanden forudses) skal tilbydes udredning eller behandling ved et af de private behandlingssteder Region Nordjylland har indgået aftale med - jf. overordnet afsnit om behandlingsret. De private behandlingssteder er forpligtet til at agere i overensstemmelse med sundhedsaftalen mellem patienters bopælskommune og bopælsregion.

I henhold til psykiatriplan for Region Nordjylland skal der i planperioden (2008-2015) være særlig fokus på det børne- og ungdomspsykiatriske område, hvor behandlingsfrekvensen på landsplan forventes at stige samtidig med, at sengekapa- citeten i Region Nordjylland er lavere end landsgennemsnittet.

Kommunerne og behandlingspsykiatrien er enige om, at gruppen af mennesker med spiseforstyrrelser i fremtiden må have et større fælles fokus. Det er en fælles forventning, i forlængelse af det mere specialiserede tilbud til spiseforstyrrede i børne- og ungdomspsykiatrien, at kommunerne intensiverer bevidstheden omkring målgruppen.

Spiseforstyrrede, som målgruppe, skal i aftaleperioden for sundhedsaftalerne være et fælles udviklingsfelt, hvor kommunerne kan søge råd og vejledning ved spiseforstyrrelsesenheden under Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

3.2. Børn og unge med sindslidelser der tillige har et misbrugsproblem

Den fagperson der får kendskab til et misbrugsproblem, har pligt til at orientere herom (jf. § 153 i loven om social service (skærpet underretningspligt))

Behandlingspsykiatrien

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling tager stilling til eventuelle misbrugsproblemer og videregiver informationen via udskrivningsbrevet til praktiserende læge, i de tilfælde hvor misbrugsproblemer opdages ved i forvejen henviste patienter. Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling vurderer i samarbejde med kommunen misbrugsproblemet, når der samtidigt er en psykiatrisk problemstilling.

Kommunen

Kommunerne skal tilbyde behandling til personer under 18 år, der har et misbrugsproblem, dette skal ske senest 14 dage efter henvendelse til kommunen (jf. § 101 i Lov om Social Service). For unge under 18 år med et behandlingskrævende misbrug skal kommunalbestyrelsen udarbejde en handleplan for den behandling, der skal iværksættes, og for den nødvendige støtte til den unge (jf. § 140 i Lov om Social Service). Handleplanen skal bygge på de undersøgelser, der er gennemført, og opstille mål og delmål i forhold til barnets eller den unges:

- 1) Udvikling og adfærd
- 2) Familieforhold
- 3) Skoleforhold
- 4) Sundhedsforhold
- 5) Fritid og venskaber
- 6) Andre relevante forhold

④ Henvisning

Indsats område 1 *Indlæggelses- og udskrivningsforløb* er gældende.

Kommunen, praktiserende læge og Region Nordjylland har en fælles interesse i at nedbringe ventelisten og ventetiden til udredning og behandling af patienter i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Kommunen, praktiserende læge og Region Nordjylland er enige om i fællesskab at have fokus på arbejdsdelingen i forhold til indsatsen for børn og unge med sindslidelse.

4.1. Aftale vedrørende henvisning til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling

Der vil fortsat være særlig fokus på optimering af henvisningsprocedure samt implementering af tiltag, der kan medføre kortere indlæggelses- og ambulante forløb, og der indgås i den forbindelse følgende aftale:

Det er kommunens og/eller den praktiserende læges ansvar - så vidt det er muligt - at indsamle alle relevante oplysninger fra formålstjenstlige forvaltninger inden henvisningen fremsendes til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling således, at alle relevante informationer er tilgængelige ved visitationen.

4.2. Samarbejde og arbejdsdeling mellem kommunen og praktiserende læge

Der må i aftaleperioden være et øget fokus på samarbejdet mellem kommunen og praktiserende læge. Det er væsentligt, at der sker en hurtigt og relevant informationsdeling mellem kommunen og den praktiserende læge i forbindelse med udarbejdelsen af henvisningen til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

De almindelige regler for tavshedspligt bevirker, at der ikke kan foregå en umiddelbar informationsdeling mellem kommunen og praktiserende læge, før der er givet samtykke fra myndig person hertil. Det er for børn under 15 år forældrenes ansvar at give samtykke til, at information fra kommunen kan videregives til praktiserende læge og vice versa. For unge på 15 – 18 år skal der også gives samtykke fra den unge selv. Kommunen, praktiserende læge og behandlingspsykiatrien kan, efter samtykke fra den der søger hjælp, forlange at andre offentlige myndigheder, giver oplysninger om den pågældende, der er nødvendig for at kunne behandle sagen. (Jf. § 11. i retssikkerhedsloven)

Der må i aftaleperioden af sundhedsaftalerne være fokus på, at myndighedspersonerne giver samtykke, således at information mellem de henvisende parter i primærsektoren i størst muligt omfang kan udveksles i forbindelse med udarbejdelse af henvisninger til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

For at effektivisere arbejdet med henvisninger til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, skal der differentieres mellem henvisning af børn og unge med mistanke om svære psykiske sygdomme og børn og unge med sværere udviklingsforstyrrelser.

- I tilfælde med svære psykiske sygdomme (svær depression, psykose og mistanke om skizofreni) bør henvisningen ske fra den praktiserende læge. Det er væsentligt at henvisningen er indeholdt en beskrivende historik, og det kan derfor være essentielt at den praktiserende læge hurtigt kan hente information ved kommunen.
- I tilfælde med sværere udviklingsforstyrrede børn og unge (ADHD, Autisme eller tilgrænsende psykiatiske problemstillinger) henvises almindeligvis fra kommunen (jf. tjekliste 4.3.) Henvisning fra kommunen sker dog kun, når inddragelse af Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, er et nødvendigt led i kommunens behandling af en konkret sag om hjælp i anledning af udviklingsforstyrrede.

Det er henvisende instans ansvar at koordinere samarbejdet, således at henvisninger til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling sker ved samarbejde mellem med den praktiserende læge og kommune.

Det er vigtigt at Region, kommune og praktiserende læge, i samarbejde med forældrene, orienterer hinanden om udviklingen i enkeltsager.

4.3. Tjekliste for den gode ikke akutte henvisning

Kommunen henviser til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling ud fra nedenstående tjekliste for den gode ikke akutte henvisning.

Den praktiserende læge henviser som udgangspunkt ud fra Medcom-Standarden ”Den gode henvisning”¹ med speciale-specifikke oplysninger² vedrørende børne- og ungdomspsykiatri.

¹ Sundhedsfaglige anbefalinger og EDIFACT Facitliste, 1 marts 2001, Revideret 01.09.2009

² Sundhedsfaglige anbefalinger og EDIFACT Facitliste – Henvisning til sygehus.

Standardoplysninger:

Barnets/den unges og forældre/værges stamoplysninger

Navn, adresse, telefonnummer på henviser

Resume af baggrunden for henvisningen:

Henvisers oplysninger om det forudgående forløb og udviklingen af de nuværende problemstillinger i sagen.

Resumeet afsluttes med en samlet analyse og vurdering af, hvorfor der henvises, herunder om andre foranstaltninger har været overvejet og eventuelt iværksat.

Hvis det skønnes relevant anføres henvisnings- og evt. bidiagnose.

Resume af relevante oplysninger om barnets/den unges udviklingsforløb fra graviditet til henvisningstidspunktet:

Resumeet skal indeholde oplysninger om:

- graviditet, fødsel, og barnets første måneder
- motorisk, sproglig og anden tidlig udvikling (f.eks. hvornår kunne barnet sidde, kravle, gå, tale i ord og sætninger og hvornår blev barnet renligt?)
- den sociale udvikling (f.eks. hvordan var barnets kontakt i spædbørnsperioden, udvikling i kontakt med jævnaldrende, kan barnet indgå i lege med jævnaldrende, hvordan klarer barnet sig i skole, pasningstilbud og i kontakten med kammerater?)
- familiære forhold, herunder oplysninger om familie, søskende og eventuelle sociale eller sygdomsmæssige problemstillinger (f.eks. problemer med forældremyndighed, sygdom, andre sociale problemer samt formodede arvelige lidelser i familien).
- oplysninger om nuværende eller tidligere legemlige sygdomme, herunder kendte allergier og evt. medicinsk behandling.

Øvrige oplysninger:

Udfyldt samtykkeerklæring.

Kopier af diverse undersøgelses og behandlingsresultater.

Eventuelle aftaler, der er indgået med den henvistes familie.

Praktiske oplysninger f.eks. navne og kontaktoplysninger på personer/instanser der er involveret i sagen.

Evt. behov for tolkebistand.

Henvisningen afsluttes med underskrift fra den henvisende myndighed/kontaktperson.

4.4. Tjekliste for den gode akutte henvisning

Henvisningen i akutte situationer skal indeholde beskrivelse af det akutte behov med inddragelse af relevante amenestiske oplysninger, hvilket er med til at præcisere, hvorvidt patientens tilgang til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling bør være af akut-, subakut- eller elektiv grad.

Vejledning til henvisning af akutte sager 'Den gode akutte henvisning' skal indeholde følgende punkter:

- Cpr. nr.
- Konkret beskrivelse for baggrunden af henvisningen (hvad er det psykiatriske problem)
- Er patientens tilstand tilbagevendende
- Er der disposition til psykiatrisk sygdom
- Hvordan har patientens liv været i store træk indtil aktuelle
- Patientens aktuelle sociale kontekst

Tjeklisten er at finde på Psykiatriens hjemmeside: http://www.psykiatri.nrn.dk/Afdelinger/Boerne_og_ungdomspsykiatrisk_afdelingA/HenvisningTilBoerneOgUngdomspsykiatriskAfdeling.htm.

Hvis der sker ændringer i tjeklisten skal kommunerne informeres herom.

Det er aftalt, at kommunen indhenter skriftligt samtykke fra forældrene til, at Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling kan indhente relevante oplysninger om patienten fra kommune og praktiserende læge. Samtykkeerklæringen fremsendes sammen med henvisningen. Såfremt patienten er mellem 15 og 18 år, bør det skriftlige samtykke også indhentes hos den unge selv.

For at sikre, at alle relevante informationer er til stede i henvisningen – jf. Tjeklisten for Den gode henvisning - kan der vedlægges bilag:

- § 50-undersøgelse – jf. Lov om Social Service
- Psykologisk undersøgelse

Der er altid mulighed for at kontakte Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling før en henvisning formuleres.

Der er enighed om, at der er følgende minimumskrav til henholdsvis den socialfaglige undersøgelse og evt. psykologiske undersøgelse:

Indhold i den socialfaglige undersøgelse:

Indholdet af den socialfaglige undersøgelse er defineret i Serviceloven § 50, og skal indeholde:

- 1) Udvikling og adfærd
- 2) Familieforhold
- 3) Skoleforhold
- 4) Sundhedsforhold
- 5) Fritidsforhold og venskaber
- 6) Andre relevante forhold

Der tages udgangspunkt i tjeklisten vedrørende Den gode henvisning ved planlægning af den nødvendige socialfaglige undersøgelse. Det hører ligeledes med til den sociale undersøgelse at oplyse om familie, forældre og søskende samt hvilke problemstillinger, der i øvrigt er i familien, herunder om der er disposition til psykiske lidelser i familien. Det bør endvidere angives, på hvilken måde den sociale situation for familien er påvirket af problematikken, og på hvilken måde de sociale myndigheder har iværksat en støttende indsats forud for henvisningen, eller om man er i gang med en undersøgelse af familiens behov for dette. Det er endvidere vigtigt at oplyse om en eventuel igangværende undersøgelse eller behandlingsindsats fra anden lægelig side. Den socialfaglige undersøgelse bør indeholde oplysninger om barnets eller den unges aktuelle eller tidligere legemlige lidelser.

Indhold i evt. psykologisk undersøgelse:

Den psykologiske undersøgelse indeholder som minimum oplysninger om barnets eller den unges udvikling frem til aktuelle alder. Dvs. oplysninger om tidlige motoriske, sproglige og sociale udvikling samt om eventuelle tidligere udviklingsrelaterede problemstillinger, herunder f.eks. perioder med depression, angst eller tvangssymptomer og lignende. Det er vigtigt at oplyse om adfærdsmæssige problemstillinger, samt om anvendte metoder til pædagogisk og psykologisk at afhjælpe disse vanskeligheder. Det er en forudsætning for den børne- og ungdomspsykiatriske indsats, i forhold til udviklingsrelaterede vanskeligheder, at der foreligger en relevant psykologisk evnevurdering. Der kan i den forbindelse tages udgangspunkt i den børneneuropsykologiske referenceramme, udarbejdet af en arbejdsgruppe under Børneneuropsykologisk Selskab og Børneneuropsykologisk Fagnævn, der anbefaler følgende funktionsvurderinger:

- Generelt funktionsniveau/intelligens
- Opmærksomhedsfunktion
- Hukommelsesfunktion
- Sprogfunktion
- Visuel/spatial funktioner (konstruktive funktioner)
- De eksekutive funktioner (højere kognitive funktioner)
- Den motoriske funktion (selvhjulpethed)
- Social kognitiv funktion

Ved oplagte sprogvanskeligheder bør der foreligge talepædagogisk undersøgelse.

4.5. Akutte henvendelsesmuligheder

Akuttilbud ved Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling:

Den Psykiatriske Skadestue har mulighed for akut modtagelse af borgere i alle aldre døgnet rundt alle dage. Adgangen til Den Psykiatriske Skadestue er visiteret. Henvendelse kan ske på baggrund af en skriftlig henvisning fra egen læge/vagtlæge eller praktiserende speciallæge. Patienter, der i forvejen er i behandling i Psykiatrien eller har været det indenfor det seneste år, har uvisiteret adgang til Den Psykiatriske Skadestue. Den Psykiatriske Skadestue har tilknyttet en døgnåben telefonrådgivning, som sindslidende med behov for hjælp kan kontakte på telefon 98 13 42 02. Den Psykiatriske Skadestue/Modtagelse er placeret på Mølleparkvej 10, 9000 Aalborg.

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har udarbejdet en oversigt vedrørende, hvordan samarbejdspartnere skal forholde sig i akutte situationer. Oversigten fremgår nedenstående, og kan videre forefindes på www.psykiatri.rn.dk.

Oversigt over muligheder hvis børn eller unge under 18 år har brug for psykiatrisk bistand	
Telefonisk rådgivning i akutte situationer ("hotline")	Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling kan i særlige tilfælde kontaktes telefonisk med henblik på at yde rådgivning og vejledning til læger og kommunale samarbejdspartnere i sager, hvor der er tvivl om, hvilken indsats, der skal ydes i et konkret og meget svært forløb, hvor det ønskes vurderet, om der kan være behov for en akut psykiatrisk indsats. Kontakten rettes til vagthavende på tlf. nr. 2272 692. Vagthavende kan mandag til torsdag træffes mellem kl. 8 og 15:30 og fredag mellem kl. 8 og 15.
Prioriteret subakut indsats	Hvis det vurderes, at der ikke er akut behov for psykiatrisk hjælp kan der sendes en henvisning til Børne- og ungdomspsykiatrien, hvorefter der speciallægefagligt tages stilling til om det er relevant, at patienten får en prioriteret subakut tid, således at undersøgelse og behandling igangsættes så hurtigt som muligt. Henvisningen skal sendes til Aalborg psykiatriske Sygehus, Afdeling A, Mølleparkvej 10, 9000 Aalborg). Elektroniske henvisninger skal sendes til: Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling - 8026 01 - lokationsnummer 5790000204298.
Akut indlæggelse	Børn og unge kan efter henvisning fra den praktiserende læge henvende sig akut i Den Psykiatriske Skadestue med henblik på psykiatrisk vurdering og mulighed for indlæggelse, hvis der konstateres behov herfor. Adgangen til Den Psykiatriske Skadestue er principielt visiteret. Dog er det således, at alle patienter (børn, unge og voksne), der har haft kontakt med psykiatrien inden for det seneste år, kan henvende sig direkte i Den Psykiatriske Skadestue.
Indsats i akutte situationer som følge af sociale forhold	
Den sociale bagvagt	Hvis det er sociale problemer der er væsentligste årsag, er det kommunen der skal træde til i dagtimerne (kommunen lukker kl. 15 alle hverdage undtagen torsdag hvor der lukkes kl. 17. Efterfølgende dette tidspunkt kan bag- eller døgnvagten kontaktes). Såfremt det vurderes, at der ikke bliver taget vare på barnet/den unge efter kl. 16.00, skal den sociale bagvagt kontaktes (mellem kl. 16.00 – 08.00). Det er barnets bopælskommune der skal foretage de videre foranstaltninger.
Den Sociale Skadestue	For borgere i Aalborg Kommune er det også muligt at kontakte Den Sociale Skadestue. Åbningstid mellem 20.00 og 09.00. Adr. Vor Frue Stræde 6, 9000 Aalborg, tlf.nr. 98 12 32 92.

5 Visitation i Psykiatrien

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling foretager en visitation af henvisningen indenfor 1 uge. Formålet med visitationen er at vurdere, hvorvidt henvisningen er relevant for Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Hvis henvisningen vurderes at være relevant visiteres patienten til et ambulatorium eller afsnit alt efter hvilket udrednings- og behandlings-tilbud barnet/den unge skal tilbydes. Er der tvivl om den henviste patient skal have et tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien vil afdelingen indkalde til et netværksmøde med henblik på yderligere afklaring.

Hvis Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har særlige anbefalinger til, hvad der skal ske inden, der kan igangsættes en udredning, orienteres henviser om disse forslag.

En henvisning til undersøgelse i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling vil, i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier, blive begrundet afvist, når:

- Barnet/den unge ikke har symptomer på en psykiatrisk lidelse.
- Henvisningen ikke har et behandlingsmæssigt sigte, eller når henvisningen alene er et led i en formel procedure i forbindelse med visitation til specialundervisning, institutionsanbringelse, anbringelse udenfor hjemmet el.lign.

Når henvisningen afvises kontakter Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling skriftligt henviser med begrundelse for afslaget.

6 Udskrivning, afslutning og opfølgning

Udskrivning af patienter fra Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling sker i henhold til aftalen vedrørende indlæggelse og udskrivning udarbejdet i et samarbejde mellem kommunerne, praksis og Region Nordjylland. Herudover er den regionale sundhedsaftale tilgængelig på Region Nordjyllands hjemmeside (www.rn.dk).

Der er aftalt følgende præcisering vedr. udskrivning og opfølgning af børn og unge i psykiatrien:

Patientforløbet er et fælles ansvar:

Børne- og ungdomspsykiatrien, kommunerne og de praktiserende læger har et fælles ansvar for det gode sammenhængende patientforløb ved sektorovergange. Den "gode udskrivning" er en forudsætning for at patienter med længerevarende sindslidelse kan tilbydes i et kontinuerligt forløb, hvor en faglig dialog og opfølgning er et tværsektorielt ansvar.

Den sekundære sektor og kommunerne er enige om, at perioden efter udskrivning eller ambulant afslutning er et fælles ansvarsområde. Der er enighed om, at der må forefindes et dynamisk samarbejde omkring den enkelte patient. Et samarbejde der er funderet i en høj faglig kompetence i sektorerne.

Den tværfaglige dialog ved sektorovergange skal prioriteres højt. Det er en gensidig forpligtigelse mellem Børne- og ungdomspsykiatrien, kommunerne og den praktiserende læge, at kontakte og informere samarbejdspartneren, når der er givet samtykke fra forælderen hertil.

6.1. Udskrivningskonference

Under forudsætning af patientens/forældrenes samtykke tilbyder Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling afholdelse af en udskrivningskonference så tidligt i forløbet som muligt. Udskrivningskonferencen afholdes inden færdigmeldingsdatoen. Hvis dette ikke er muligt skal sygehuset/kommunen redegøre herfor. Udskrivningskonferencen er et netværksmøde med deltagelse af patienten, evt. pårørende og de relevante samarbejdspartnere fra kommunen, hvor diagnose og anbefalinger om intervention i forbindelse med den børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse fremlægges. Inden udskrivningskonferencen/netværksmødet har Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling hentet forældrenes samtykke til overdragelse af udskrivningspapirer til praktiserende læge og kommunen.

Deltagerne i udskrivningskonferencen skal være givet den relevante faglige kompetence.

6.2. Udskrivningsbrev

Når et patientforløb afsluttes i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Region Nordjylland, udarbejdes der et udskrivningsbrev, der hurtigst muligt og senest inden for 3 hverdage fremsendes til praktiserende læge og efter aftale med patienten øvrige relevante parter. Ved støttebehov skal Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Region Nordjylland fremkomme med en faglig vurdering af eventuelle behov efter udskrivning.

Det vil i udskrivningsbrevet fremgå, at der er taget stilling til eventuelle misbrugsproblemer.

Kommunen vurderer og tilbyder efterfølgende relevante tilbud med hensyntagen til diagnose og vurdering af behov.

For patienter der skal følges op af egen læge fremsendes epikrisen eller alternativt udskrivningsnotatet **ved udskrivelsen** eller alternativt inden opfølgningen. I tilfælde af, at dette ikke er muligt kontaktes den praktiserende læge telefonisk – evt. via sekretær.”

7 Styrkelse af samarbejdet i forbindelse med tværgående opgaver

Det er aftalt, at der i aftaleperioden skal arbejdes på at styrke samarbejdet i forbindelse med tværgående opgaver i forhold til børn og unge med sindslidelse. Samarbejdet gælder både i forhold til kommunerne, de praktiserende læger og Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

I regi af kontaktudvalget for børn og unge med sindslidelser, har der i perioden mellem 1. og 2. generations-sundhedsaftaler været fokus på områderne: Akut Børne- og ungdomspsykiatri og Samarbejde vedrørende børn og unge med ADHD. Kontaktudvalget har i denne forbindelse udarbejdet to adskilte rapporter: ”*Rapport med anbefalinger til samarbejde vedrørende akut børne- og ungdomspsykiatri*” og ”*Rapport med anbefalinger til samarbejde vedrørende børn og unge med sindslidelser*”. Der er enighed om, at arbejdet i kontaktudvalget i aftaleperioden, skal bygge på rapporternes anbefalinger.

7.1. Fælles kompetenceudvikling

For at styrke den tværfaglige dialog mellem kommunerne og Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, skal der i aftaleperioden være et særligt fokus på udviklingen af fælles fora til kompetenceudvikling.

Det er Region Nordjylland der er initiativtagende. Kompetenceudviklingen sker ved de allerede etablerede kvartalsmøder med kommuner. Planlægning af specifikke kurser skal ske i tæt samarbejde mellem relevante repræsentanter fra Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og kommunerne. (Jf. basisaftalen: Indsatsområde 5, Mennesker med sindslidelser punkt 3.2).

7.2. ”Åben konsultation” i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har i et vist omfang mulighed for, at tilbyde ”åben konsultation”, hvor samarbejdspartnere (praktiserende læger, PPR, Socialforvaltninger/Børne- og Kulturforvaltninger samt relevante regionale sektorer) kan få konsulentbistand i enkeltsager som forberedes henvist til Børne- og ungdomspsykiatrisk.

Senest en uge før mødet fremsendes et kort anonymiseret resumé af den sag, der ønskes drøftet. I sagsresuméet skal der indgå oplysning om alder og køn samt en præcisering af problemstillingen, og hvad der især ønskes drøftet. Hvis der er givet tilladelse fra barnet/den unge og/eller forældre/værge, kan der angives navn i resumeet.

Hvis der er behov for en faglig vurdering af en speciallæge, foregår konsultationen i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Hvis den faglige vurdering kan varetages af anden faggruppe i Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling kan konsultationen foregå decentralt (i kommunen eller lokalområdet).

Bilag 3 til basisaftalen vedr. mennesker med sindslidelse: Aftale vedr. indsatsen overfor mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose)

Indholdsfortegnelse

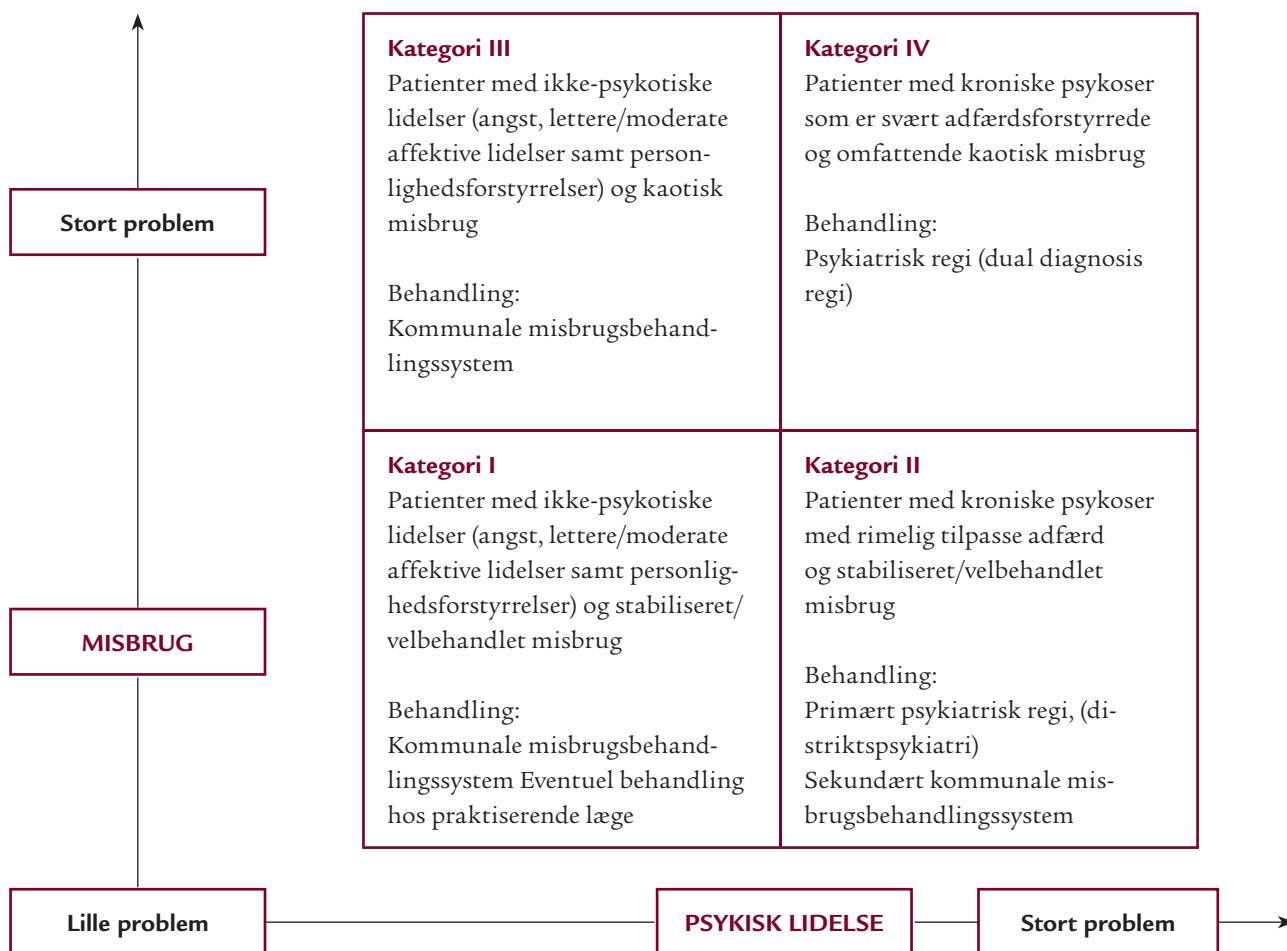
1. INDLEDNING	2
2. MÅLGRUPPE	2
2.1 Behandlingspsykiatriens målgruppe	3
2.2 Praktiserende læges målgruppe	3
2.3 Kommunens målgruppe	3
3. HENVISNINGSMULIGHEDER	4
3.1 Henvisning til Psykiatrien, Region Nordjylland	4
3.2 Henvisning til misbrugsbehandling i kommunerne	5
4. TILBUD	6
4.1 Tilbud i Psykiatrien, Region Nordjylland	6
4.2 Tilbud i Kommunen	6
4.3 Tilbud i praksissektoren	6
5. UDREDNING OG BEHANDLING	7
6. AFRUSNING	7
6.1 Afrusning hos praktiserende læger	7
6.2 Afrusning i Psykiatrien, Region Nordjylland	7
6.3 Afrusning/afgiftning i kommunerne i Region Nordjylland	8
7. UDSKRIVNING	8
7.1 Udskrivning fra Psykiatrien, Region Nordjylland	8
7.2 Udskrivning fra kommunal misbrugsbehandling	9
8. SÆRLIGE KOORDINERINGSOMRÅDER	9
8.1 Styrkelse af samarbejdet i forbindelse med sektorovergange	9
8.2 Competenceudvikling	9

1 Indledning

Formålet med at koordinere indsatsen for sindslidende misbrugere er at sikre, at patienter indenfor målgruppen ikke befinder sig i et gråzoneområde mellem den regionale og kommunale opgavevaretagelse. At hjælpe mennesker med en alvorlig psykisk lidelse, der samtidig har et alvorligt misbrugsproblem kræver en stor opsøgende indsats, et tværfagligt behandlingssystem med en dobbeltekspertise og kompetence, der går på tværs af sektorer samt et tæt samarbejde og en tæt koordinering af indsatsen mellem behandlingstilbud i region og kommune.

2 Målgruppe

Nedenstående figur illustrerer de overordnede principper for rammerne i behandlingen af misbrugere med psykiske lidelser.



Figuren illustrerer, hvor det primære ansvar for intervention/tilbud fra det offentlige i forhold til borgeren ligger.

2.1 Behandlingspsykiatriens målgruppe

Regionen skal tilbyde sygehusbehandling (udredning og behandling), når der ud fra en lægefaglig vurdering er behov for en sygehusbehandling. Henvisning til sygehusbehandling sker via praktiserende læge, der foretager den lægelige vurdering af behovet for sygehusbehandling.

Behandling omfatter i henhold til Sundhedsloven: Udredning, observation, diagnosticering, sygdomsbehandling, sundhedsfaglige pleje samt patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Udrednings- og behandlingstilbuddene i sygehusregi (indlæggelse, ambulante behandling, distriktspsykiatri, dobbeltdiagnoseteam, opsøgende psykoseteam) er hovedsagelig til personer i kategori 4 (patienter med et stort misbrug og kroniske psykoser, som er adfærdsforstyrrede) samt en del personer i kategori 2 (patienter med moderat/velbehandlet misbrug og kroniske psykoser med tilpasset adfærd).

2.2 Praktiserende læges målgruppe

Patienter i kategori 1 og 3 har ikke en psykiatrisk lidelse af en sådan karakter og et sådant omfang, at udredning og behandling af tilstanden henhører under behandlingspsykiatriens behandlingstilbud. I kategori 1 og 3 er der tale om lettere og mindre omfattende psykiske lidelser, der udredes på sufficent vis hos den praktiserende læge eller eventuelt via praktiserende læge i samarbejde med den kommunale misbrugsbehandling.

2.3 Kommunens målgruppe

Kommunerne har det samlede ansvar for forebyggelse, behandling og efterbehandling af alkoholmisbrugere og stofmisbrugere. Yderligere skal kommunerne tilbyde substitutionsbehandling.

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på alkohol- og misbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region/en anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud.

Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper - herunder tilbud, som særligt retter sig mod sindslidende alkoholmisbrugere.

Kommunen har pligt til at tilbyde alkohol-/afvænningsbehandling samt stofmisbrugsbehandling senest 14 dage efter, at misbrugeren har henvendt sig til kommunen med ønske om at komme i behandling. Det er kommunen som beslutter, om misbrugeren skal tilbydes ambulante behandling, dagbehandling eller døgnbehandling.

Individuel ambulante behandling og rådgivning af alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det. En alkoholmisbruger har ret til vederlagsfri behandling på et alkoholambulatorium efter eget valg. En alkoholmisbruger har således uden henvisning ret til behandling på et alkoholambulatorium, som ikke er en del af det kommunale tilbud.

Adgang til substitutionsbehandling kan kun opnås gennem den kommune, hvor stofmisbrugeren har bopæl. Der er således ikke frit valg af behandlingssted.

Kommunerne har ud over det behandlingsmæssige ansvar overfor misbrugere ansvar for den patient- og borgerrettede forebyggelse og for den sociale omsorg i bred forstand til borgere, der har behov for kommunal hjælp - såsom sociale støtteordninger, botilbud, beskyttet beskæftigelse, uddannelse, aktivitets- og samværstilbud, hjemmepleje mv. Såfremt kommunerne ikke selv har egnede botilbud til borgere i kategori 3 og 4 kan Specialsektoren i regionen anmodes om at levere tilbud.

3 Henvisningsmuligheder

3.1 Henvisning til Psykiatrien, Region Nordjylland

Hvis borgeren med en dobbeltdiagnoseproblematik henvender sig til praktiserende læge med ønske om behandling af sygdomssymptomer, kan praktiserende læge foretage udredning og behandling af sygdommen og henvise til udredning i Psykiatrien, såfremt det findes lægeligt indiceret.

Før henvisning til behandlingspsykiatrien skal der ske en forudgående udredning hos praktiserende læge, der til et vist niveau dokumenterer, at der er tale om en behandlingsopgave, der kræver sygehusbehandling, og dermed er omfattet af den regionale psykiatris opgavevaretagelse.

Elektive henvisninger fra praktiserende læger eller andre praktiserende speciallæger fremsendes elektronisk via edifact til den voksenpsykiatriske afdeling, der dækker det optageområde, som patienten bor i. Eventuelle bilag eftersendes. Elektive henvisninger må ikke være håndskrevne. Tjeklisten lever op til standarderne i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Tjeklisten forefindes på www.sundhed.dk og Psykiatriens hjemmeside www.psykiatri.rn.dk.

Akutte henvisninger skal, når det er muligt, fremsendes via edifact eller fax til modtageafdelingen. Alternativt må patienten selv medbringe en henvisning indeholdende de samme oplysninger i let læselig skrift. I forbindelse med henvisning til akut indlæggelse skal bagvagten på den modtagende afdeling samtidig kontaktes telefonisk.

Hvis det vurderes ved visitationen eller senere i en forvisitationssamtale, at patienten ikke skal behandles i Psykiatrien i Region Nordjylland, sendes henvisningen tilbage til henviser eventuelt med anbefaling af behandling i andet regi.

Tjekliste vedrørende indhold i henvisninger for mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose)

Indhold i elektive henvisninger:

- Generelle personoplysninger. inkl. (mobil)telefonnummer og hvor patienten kan træffes
- Navn, adresse og telefonnummer på henviser
- Aktuel problemstilling, herunder patientens hovedklager og symptomer
- Henvisendes analyse og konklusion af det hidtidige forløb og aktuel problemstilling i sagen
- Hvad forventes af henvisningen og hvorfor
- Hvilke foranstaltninger har der eventuelt været overvejet
- Angivelse af somatiske problemstillinger. Her skal det fremgå, om patienten er somatisk udredt forud for den psykiatriske henvisning
- Oplysninger om patientens misbrugsanamnese (art og omfang) og dennes sammenhæng med patientens psykiske tilstand
- Patientens behandlingsmæssige ønsker (motivation) i forhold til behandling af såvel den psykiske lidelse som misbrugstilstanden
- Eventuelle tidligere behandlinger
- Relevante oplysninger om patientens somatiske tilstand (f.eks. foreliggende resultater af undersøgelser for hepatitis og HIV)
- Igangsat kommunal indsats
- Aktuel behandling samt tidligere behandlingsforsøg og effekt heraf
- Generelle oplysninger om medicinstatus. (Aktuelle totale medicinforbrug)
- Eventuelle allergier herunder eventuelt CAVE
- Oplysninger om tidligere psykiatriske indlæggelser og ambulante forløb i psykiatrisk regi
- Patientens motivation for at følge behandling
- Hvilken information er givet til patient og eventuelle pårørende

Indhold i akutte henvisninger:

- Begrundelse for indlæggelsen
- Kort anamnese
- Relevant comorbiditet
- Aktuel medicin
- Eventuel CAVE
- Oplysning om pårørende er informeret

Patienter uden forudgående tilknytning til Psykiatrien, Region Nordjylland henvises efter sædvanlig procedure til den almene voksenpsykiatriske afdeling, der dækker området (afdeling Syd, Nord eller Thy/Mors). Ved visiteringen af patienter med dobbeltdiagnose tages der i Psykiatrien indledningsvist stilling til, hvorvidt patienten på baggrund af de foreliggende oplysninger er omfattet af Dobeltdiagnoseteamets målgruppe, eller om man i den voksenpsykiatriske afdeling skal foretage en forvisitation, og på baggrund heraf viderevisitere til eksempelvis distriktskykiatrien, opsøgende psykoseteam, Dobeltdiagnoseteamet eller foranstalte indlæggelse af patienten som led i en nærmere udredning. Der kan således ikke henvises patienter direkte til dobbeltdiagnoseteamet, idet det er de almen voksenpsykiatriske afdelinger, der vurderer, hvorvidt patienten har behov for det specialiserede tilbud.

3.2 Henvisning til misbrugsbehandling i kommunerne

Alle borgere kan af egen drift og uden lægelig henvisning henvende sig til et kommunalt misbrugscenter og få rådgivning og vejledning. Hvis der iværksættes misbrugsbehandling, træffes afgørelsen herom af borgerens hjemkommune. Det bemærkes dog, at borgere med alkohol- og medicinmisbrug (misbrug af lægeordineret medicin) kan være anonyme i behandlingen, hvilket ikke gælder for stofmisbrugere. Principielt kan borgere fra andre regioner – efter aftale med hjemkommunen - også imødekommes.

Kommunen/misbrugscentret kan på baggrund af henvisning fra praktiserende læge foretage en opsøgende indsats i forhold til borgeren.

Kommunen bestræber sig på – efter samtykke fra borgeren – at videregive oplysninger til praktiserende læge, når borgeren har modtaget misbrugsbehandling.

4 Tilbud

4.1 Tilbud i Psykiatrien, Region Nordjylland

Ambulant behandling:

En del patienter med dobbeltdiagnose har hidtil været og vil fortsat fremover blive behandlet i de distriktspsykiatriske teams/almenpsykiatriske ambulatorier. Det drejer sig typisk om patienter, hvor en mere specialiseret behandlingsindsats rettet mod den dobbelte problemstilling ikke vurderes at være relevant.

Indlæggelse:

Ved behov for indlæggelse af patienter med dobbeltdiagnose sker indlæggelse på et alment voksenpsykiatrisk sengeafsnit, i enkelte tilfælde eventuelt på Retspsykiatrisk afdeling. Indlæggelse vil kunne finde sted både akut og planlagt, hvor akut indlæggelse almindeligvis er begrundet i en meget dårlig psykisk tilstand, mens planlagt indlæggelse i højere grad kan være begrundet i kombinationen af misbrugstilstanden og den psykiske tilstand.

Dobeltdiagnoseteamet:

Patienter, der i forvejen er indlagt eller i ambulant behandling og skønnes omfattet af Dobbeltdiagnoseteamets målgruppe, kan henvises videre til Dobbeltdiagnoseteamet af den almenpsykiatriske afdeling. Dobbeltdiagnoseteamet varetager endvidere konsultative funktioner, supervisionsopgaver og undervisning i forhold til sengeafsnit samt distriktsteams og andre ambulante funktioner ved Psykiatrien i Region Nordjylland.

Dobeltdiagnoseteamet har ansvar for udredning og diagnosticering af henviste patienter indenfor målgruppen. Det er endvidere Dobeltdiagnoseteamets opgave at motivere patienter indenfor målgruppen for behandling og forestå de ambulante behandlingsopgaver i forhold til målgruppen (indlede behandling og foretage efterbehandling i forlængelse af indlæggelse). Dobeltdiagnoseteamet formidler indlæggelse i en almen voksenpsykiatrisk afdeling, når dette skønnes nødvendigt.

Alle nyhenviste patienter til Dobeltdiagnoseteamet udredes primært gennem en eller flere forvisitationssamtaler. I det omfang, at patienten ikke skønnes at være fyldestgørende diagnostisk og misbrugsmæssigt udredt, indebærer en sådan forvisitationsundersøgelse altid deltagelse af Dobeltdiagnoseteamets overlæge. I det omfang, at dette ud fra de foreliggende oplysninger ikke skønnes at være det mest nødvendige, foretages den primære udredning ved anden/andre relevante fagpersoner fra Dobeltdiagnoseteamet.

En væsentlig del af de patienter, som dobbeltdiagnoseteamet modtager i behandling, har aktuelt eller tidligere været i kontakt med psykiatrien. Dobeltdiagnoseteamets primære indsats består således i at varetage grundig udredning.

Et centralt element i den primære behandlingsindsats overfor patientgruppen, er af motivationsfremmende art.

Sideløbende med den egentlige behandlingsindsats har Dobeltdiagnoseteamet et tæt samarbejde med de for den enkelte patient relevante instanser, herunder socialpsykiatriske tilbud.

4.2 Tilbud i Kommunen

Findes som bilag til de bilaterale sundhedsaftaler

4.3 Tilbud i praksissektoren

For en stor gruppe af borgere med psykiske sygdomme foregår behandlingen hos den praktiserende læge, og også i forhold til mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (dobbeltdiagnose) er den praktiserende læge centralt placeret og en meget vigtig samarbejdspartner i forhold til både Psykiatrien, Region Nordjylland og kommunerne.

5 Udredning og behandling

I de almene voksenpsykiatriske afdelinger og Retspsykiatrisk afdeling foretages udredning og behandling (ambulant og under indlæggelse) af patienter indenfor kategori 2 og 4. Patienter med dobbeltdiagnose udredes og behandles for den psykiske lidelse samt for sit misbrug, hvor indlæggelse er nødvendig. Der udredes og behandles endvidere for følgetilstande til misbruget. Ved somatiske følgetilstande henvises om nødvendigt til nærmere udredning på relevant somatisk afdeling. I forbindelse med den psykiatriske behandling motiveres patienten for misbrugsafvænnning, og der informeres om muligheden for behandling af misbruget i det kommunale regi efter afsluttet psykiatrisk behandling.

Patienter med kroniske psykoser med et stabiliseret eller velbehandlet misbrug behandles i de almenpsykiatriske funktioner (sengeafsnit, distriktspsykiatri/ambulatorier). Når den psykiske lidelse er stabiliseret, vil den fortsatte behandling kunne overgives til egen læge, og et eventuelt bestående misbrug vil da almindeligvis skulle kunne varetages i regi af den kommunale misbrugsbehandling.

6 Afrusning

Afrusning og afgiftning af mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug kan varetages følgende steder:

- Afrusning hos praktiserende læge
- Akut afrusning i somatisk eller psykiatrisk sygehusregi
- Afrusning samt afgiftning i kommunalt regi (primært på forsorgshjem eller i private døgntilbud)

6.1 Afrusning hos praktiserende læger

De praktiserende læger varetager hovedparten af korterevarende ambulant alkoholafrusning i regionen. Praktiserende læger kan endvidere i et vist omfang indgå i akut afgiftning af stofmisbrugere.

6.2 Afrusning i Psykiatrien, Region Nordjylland

Psykiatrien, Region Nordjylland foretager afrusning af patienter, når der er tale om en kompliceret afrusning, hvilket indbefatter:

- Afrusning af svært psykisk syge patienter (eksempelvis patienter med alvorlig skizofreni, alvorlig depression eller lignende).
- Afrusning af patienter med begyndende eller manifest delirøs tilstand (en potentielt livstruende abstinensstilstand, med mere udtalt uro og begyndende eller manifesterede hallucinationer) som nødvendiggør en mere intensiv behandling eventuelt under tvang i henhold til Psykiatrilovens bestemmelser.

I henhold til Psykiatriplanen for Region Nordjylland er det vedtaget, at der, når de anlægsmæssige muligheder er til stede, skal etableres en fælles akutmodtagelse for psykiatrien og somatikken. I akutmodtagelsen skal der etableres et særligt samarbejde mellem medicinsk akutmodtagelses afdeling og psykiatrisk akut modtagelsesafdeling vedrørende afrusning, og herunder et samarbejde om fælles betjening af sengepladser til afrusningsopgaven.

I de situationer, hvor der ikke er en psykiatrisk komplikation, men behov for indlæggelse i forbindelse med afrusningen, foretages afrusningen på de medicinske afdelinger på somatisk sygehuse.

Indlæggelse til afrusning finder sted, når tilstanden kræver en tættere og døgnbaseret observation af sundhedsfagligt personale inkl. læger, ligesom indlæggelsen desuden vil kunne være den eneste mulighed for at sikre, at den misbrugende

samtidig med abstinensbehandlingen ikke – helt eller delvist - fortsætter med at misbruge. Sidstnævnte indebærer en væsentlig risiko for en alvorlig og livstruende forgiftningstilstand.

6.3 Afrusning/afgiftning i kommunerne i Region Nordjylland

Kommunen har myndighedsansvaret i forhold til behandling af alkoholmisbrugere og stofmisbrugere. Afrusningen forud for behandlingen kan, når der ikke er tale om en kompliceret afrusning med behov for sygehusindlæggelse foregå i primærsektor. Afrusning eller afgiftning kan som beskrevet ovenfor foregå ambulantly hos praktiserende læge, eller kommunen kan selv etablere afrusningspladser – f.eks. på forsorgshjem (institutioner efter § 110) eller kommunen kan træffe aftale med andre udbydere af alkoholbehandlingstilbud.

I regi af rammeaftalen 2010 koordineres behovet for afrusningspladser.

7 Udskrivning

7.1 Udskrivning fra Psykiatrien, Region Nordjylland

Udskrivning fra indlæggelse og afslutning fra ambulantly behandling i Psykiatrien, Region Nordjylland sker i henhold til aftalen om indlæggelse og udskrivelse, der er indgået mellem praktiserende læger, kommunerne og Region Nordjylland.

I Psykiatrien, Region Nordjylland er der fokus på udskrivning af patienter med dobbeltdiagnose. Ved mistanke om psykose/skizofreni vil patienten ikke blive udskrevet uden det sikres, at der sker en opfølgning hos praktiserende læge. Det skal endvidere sikres, at patienterne udskrives fra indlæggelse/afsluttes fra ambulantly behandling med en velbegrunnet epikrise, der indeholder følgende oplysninger:

- Anamnestisk beskrivelser
- Psykose/nærpsykose beskrivelse
- Delir/nærdelir
- Udredning af misbruget

Udskrivning af patienter med dobbeltdiagnose sker i henhold til aftalen om indlæggelse og udskrivning, der er indgået mellem kommunerne og Region Nordjylland. Aftalen er tilgængelig på Region Nordjyllands hjemmeside www.rn.dk.

Der er herudover indgået følgende særlige aftaler vedrørende udskrivning af dobbeltdiagnosepatienter:

- **Information om kommunale sociale tilbud:**
Hvis en dobbeltdiagnosepatient vurderes at kunne have behov for kommunale sociale tilbud (bostøtte, aktiviteter, hjemmepleje, kontaktpersonordning, mv.), vil Psykiatrien, Region Nordjylland i det omfang det er muligt informere og vejlede patienten om mulighederne i kommunalt regi, herunder udlevering af relevant informationsmateriale.
- **Udskrivning i dagtiden på hverdage:**
Hvis patienten udskrives indenfor almindelig arbejdstid på hverdage har Psykiatrien, Region Nordjylland med patientens samtykke ansvar for at kontakte det lokale misbrugscenter med henblik på at få en tid, hvor patienten kan møde til en samtale i misbrugscentret.
- **Udskrivning udenfor normal arbejdstid (aften, nat, weekend):**
Hvis patienten udskrives udenfor almindelig arbejdstid (aften/nat) eller i weekenden – f.eks. ved henvendelse i Den Psykiatriske Skadestue – kontakter Psykiatrien, Region Nordjylland, med patientens samtykke, det lokale misbrugscenter (telefonisk eller via mail eller fax) med orientering om patientens ønske om misbrugsbehandling. Det er herefter misbrugscenterets ansvar efterfølgende at kontakte patienten.

7.2 Udskrivning fra kommunal misbrugsbehandling

Når borgeren stopper misbrugsbehandlingen, er misbrugscentret ansvarlig for, med borgerens samtykke, at informere eventuelle relevante samarbejdspartnere. Borgeren tilbydes opfølgende samtaler i misbrugscentret (telefoniske eller personlige samtaler).

⑧ Særlige koordineringsområder

8.1 Styrkelse af samarbejdet i forbindelse med sektorovergange

Det er målsætningen at skabe en helhedsorienteret indsats over mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug. Det er vigtigt at have særlig fokus på overgangene mellem sektorerne. Det er aftalt, at der i aftaleperioden i skal være særlig fokus på styrkelse af samarbejdet i forbindelse med sektorovergange. Udviklingsarbejdet skal foregå i regi af kontaktudvalgene og med udgangspunkt i casestudier (vellykkede og mindre vellykkede forløb).

8.2 Kompetenceudvikling

Der skal i aftaleperioden være særlig fokus på styrkelse af kompetenceudvikling i forhold til mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug (såvel basisviden og spidskompetencer) hos relevante medarbejdere i kommune og region. Som led i i kompetenceudviklingen skal der være fokus på etablering af fælles viden og sprog/kommunikation samt fælles forståelse af det nationale værdigrundlag. Region Nordjylland er tovholder på opgaven, men kompetenceudviklingen planlægges, udvikles og gennemføres i et tæt samarbejde mellem regionen og kommunerne.

Bilag 4 til basisaftalen vedr. mennesker med sindslidende: Aftaler vedr. indsatsen overfor gerontopsykiatriske patienter

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	2
2. MÅLGRUPPE	2
3. TILBUD TIL GERONTOPSYKIATRISKE PATIENTER	2
3.1 Tilbud i Psykiatrien, Region Nordjylland	2
3.2 Tilbud i kommunen	2
4. HENVISNINGSMULIGHEDER	3
5. AFTALE VEDR. PATIENTER MED DEMENS I HENHOLD TIL DEN NORDJYSKE KRONIKERMODEL	4
5.1 Arbejdsdeling	4
6. SAMARBEJDSAFTALE OM ARBEJDSDELING MELLEMM KOMMUNEN OG GERONTOPSYKIATRISK TEAM	6
6.1 Særlige koordineringsområder	6
6.1.1 Kontaktperson, koordinering og planlægning	6
6.1.2 Rådgivning og vejledning	7
6.1.3 Mødeaktivitet	7

① Indledning

I henhold til den generelle sundhedsaftale gældende for perioden 1. januar 2007 til 31. december 2009 skal der indgås særlige aftaler i forhold til koordinering af den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats vedrørende gerontopsykiatriske patienter (arbejdsdelingen mellem region og kommune). Arbejdsdelingen skal indarbejdes i den kommende sundhedsaftale.

Gerontopsykiatrien omhandler de psykiske lidelser hos ældre. Hvis en patients demenstilstand er kompliceret af psykiske symptomer, henvises patienten til udredning hos en speciallæge i gerontopsykiatrisk afdeling.

② Målgruppe

Målgruppen i Gerontopsykiatrisk afdeling er patienter fra og med 65 år med demenstilstande, der er kompliceret af psykiske symptomer. Med godkendelsen af Psykiatriplanen for Region Nordjylland er det vedtaget at udvide gerontopsykiatriens målgruppe til at omfatte patienter fra og med 75 år med nyopstået psykisk sygdom og alle ældre med kendt psykisk sygdom fra og med 80 år (forventeligt fra medio 2011).

③ Tilbud til gerontopsykiatriske patienter

3.1 Tilbud i Psykiatrien, Region Nordjylland

Gerontopsykiatrisk afdeling er placeret på Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Afdelingen består af et lukket sengeafsnit med 12 pladser samt et distriktskykiatrisk team. I forbindelse med målgruppeudvidelsen samt hjemtagelse af patienter fra Thy/Mors pågår der aktuelt en udbygning af Gerontopsykiatrisk afdeling til i alt 24 sengepladser, heraf et antal åbne sengepladser. Byggeriet forventes færdigt medio 2011.

3.2 Tilbud i kommunen

Findes som bilag i de bilaterale sundhedsaftaler.

4 Henvisningsmuligheder

Elektive henvisninger fra almen praktiserende læger og speciallægepraksis fremsendes elektronisk via edifact til Gerontopsykiatrisk afdeling. Eventuelle bilag eftersendes. Elektive henvisninger må ikke være håndskrevne. En henvisning til Gerontopsykiatrisk afdeling sker i henhold til tjeklisten, der findes på www.sundhed.dk og Psykiatriens hjemmeside www.psykiatri.rn.dk. Tjeklisten lever op til standarderne i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

Akutte henvisninger skal, når det er muligt, fremsendes via edifact eller fax til den almene voksenpsykiatriske afdeling, der dækker det optageområde, som patienten bor i. Alternativt må patienten selv medbringe en henvisning indeholdende de samme oplysninger i let læselig skrift. I forbindelse med henvisning til akut indlæggelse skal bagvagten på den modtagende afdeling samtidig telefonisk kontaktes.

Hvis det vurderes ved visitationen eller senere i en forvisitationssamtale, at patienten ikke skal behandles i Psykiatrien i Region Nordjylland, sendes henvisningen tilbage til henviser eventuelt med anbefaling af behandling i andet regi.

Tjeklister vedrørende indhold i henvisninger (den gode henvisning)

Indhold i elektive henvisninger til gerontopsykiatrisk afdeling:

- Generelle personoplysninger. inkl. (mobil)telefonnummer og hvor patienten kan træffes
- Navn, adresse og telefonnummer på henviser
- Aktuel problemstilling, herunder patientens hovedklager og symptomer
- Anamnese (psykiatrisk, neurologisk og somatisk)
- Hvad forventes af henvisningen og hvorfor
- Hvilke foranstaltninger har der eventuelt været overvejet
- Udførlig beskrivelse af demenssymptomer
- Medicinliste
- MMSE-test (Mini Mental State Examination)
- GDS-test (Geriatrisk Depressions Skala)
- EKG (Elektrokardiogram)
- Udredning fra demensfagperson
- Demensblodprøver
- Oplysning om patienten er henvist til scanninger af hjernen
- Angivelse af evt. misbrugsproblemstilling. Det skal fremgå, om der er aktuelt misbrug og hvor omfattende, eller, hvis det er ophørt, hvor længe patienten har været stof/alkoholfri
- Aktuel behandling samt tidligere behandlingsforsøg og effekt heraf
- Generelle oplysninger om medicinstatus. (Aktuelle totale medicinforbrug)
- Eventuelle allergier herunder eventuelt CAVE
- Oplysninger om tidligere psykiatriske indlæggelser og ambulante forløb i psykiatrisk regi
- Patientens motivation for at følge behandling
- Hvilken information er givet til patient og eventuelle pårørende

Indhold i akutte henvisninger:

- Begrundelse for indlæggelsen
- Kort anamnese
- Relevant comorbiditet
- Aktuel medicin
- Eventuel CAVE
- Hvilken information er givet til patient og eventuelle pårørende

5 Aftale vedr. patienter med demens i henhold til Den Nordjyske Kronikermodel

Regionen og kommunerne i Nordjylland har organiseret arbejdet med de tværsektorielle sammenhængende og styrkede patientforløb for mennesker med kroniske lidelser i den Nordjyske Kronikermodel, der beskrives i en generel rammeaftale, sygdomsspecifikke sundhedsaftaler og formaliseres i frivillige tilslutningsaftaler mellem region og den enkelte kommune.

Den Nordjyske Kronikermodel indeholder blandt andet en sygdomsspecifik sundhedsaftale om Den samordnede demensudrednings model. Hovedparten af kommunerne har tilsluttet sig denne aftale og det forventes at alle kommuner i løbet af aftaleperioden tilslutter sig. Se www.kronikerenheden.dk

Som led i aftalen er der dannet et tværsektorielt forum for demens med repræsentanter for region / sygehus, kommunerne, Praksissektoren og Alzheimerforeningen.

Demensforumet har følgende opgaver:

- At drøfte implementeringsplaner og følge implementeringen tæt
- At rådgive den administrative styregruppe
- At følge op på aftaler om indsatsen for mennesker med sindslidelse
- At komme med anbefalinger til tiltag, der kan kvalificere indsatsen

5.1 Arbejdsdeling

Den basale demensudredning foregår i primær sektor i samarbejde mellem den praktiserende læge og en kommunalt ansat demenssygeplejerske. Demensklubben sikrer tværfaglig og specialiseret visitation og udredning. Viderehenvielse fra den praktiserende læge til Demensklubben sker ved tidlige og uklare demenstilfælde, ved usikkerhed om demenstypen, ved svære og komplicerede tilfælde, og hvis der er behov for demensmedicinsk behandling.

Regionen indgår § 2-aftale om de praktiserende lægers deltagelse i at videreføre og udbrede den samordnede demensudredningsmodel til hele regionen.

Der arbejdes på etablering af en digital demensvandrejournal til informations- og vidensudveksling i forbindelse med udredning, diagnosticering, behandling, rehabilitering og pleje. Det er kun de sundhedspersoner, der er direkte involveret i borgerens udredning og behandling af demens (praktiserende læger og kommunale demenssygeplejersker/demensvejledere, specialeoverlægerne i Demensklubben og deres tilknyttede sundhedspersonale), som har adgang til vandrejournalen.

Arbejdsdeling mellem region, kommune og praktiserende læge (Jf. de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler)

Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Tovholder og forløbskoordinator i hele patientforløbet	Demensfagperson	Kommunen
Perioden forud for diagnose:		
Medicinsk indsats		Praktiserende læge
Aktivitetstilbud m.v.		Kommunen
Perioden for udredning:		
Udredning og diagnostik	Demensfagperson og almen praktiserende læge	Kommunen og almen praktiserende læge
Supplerende udredning, udredning af uklare tilfælde		Regionens Demensklínik, der visiterer til relevant specialafdeling
Socialmedicinsk opfølgningssamtale	Demensfagperson og almen praktiserende læge	Kommunen og almen praktiserende læge
Perioden for igangsættelse af behandling *		
Igangsættelse af behandling (medicinsk og plejefaglig indsats) *		Kommunen, almen praktiserende læge og regionen
Den kroniske fase:		
Medicinsk indsats og opfølgning	Demensfagperson, almen praktiserende læge	Kommunen og almen praktiserende læge
Behandling ved psykiatriske komplikationer *	Speciallæge og plejepersonale i Gerontopsykiatrisk afdeling	Regionens gerontopsykiatriske afdeling
Opfølgende samtaler, min. én pr. år	Demensfagperson og almen praktiserende læge	Kommunen og almen praktiserende læge
Sociale tilbud målrettet demente, støtte til pårørende, praktiske hjælp m.v.		Kommunen

* Særlige forhold vedr. gerontopsykiatriske patienter, der ikke fremgår af den sygdomsspecifikke sundhedsaftale.

En kommunal demensfagperson er både tovholder og forløbskoordinator i patientforløbet (jf. rammeaftalen – www.kronikerenheden.dk – for en uddybende beskrivelse af funktionen).

Det er aftalt, at praksiskonsulentordningen videreføres og udvikles i forbindelse med udbredelse af modellen til alle kommuner i regionen med formålet at øge kendskabet til demensudredningsmodellen, fokusere på tidlig udredning og opnå ensartet henvisningspraksis til sekundær sektor samt øge de praktiserende lægers diagnostiske sikkerhed.

Gerontopsykiatrisk afdeling samarbejder i hele udrednings- og behandlingsforløbet med de kommunale fagpersoner på demensområdet. Der er endvidere fokus på udvikling og optimering af shared care samarbejdet mellem gerontopsykiatrisk afdeling og praktiserende læger.

⑥ Samarbejdsaftale om arbejdsdeling mellem kommunen og gerontopsykiatrisk team

Der er indgået konkrete aftaler om samarbejdet/arbejdsdelingen mellem kommunerne i Region Nordjylland og gerontopsykiatrisk team.

Det fælles udgangspunkt for samarbejdet er:

- At sikre sammenhæng og kontinuitet i den samlede indsats i forhold til den enkelte borger
- At sikre information og kommunikation mellem de involverede parter, med det formål at fremme dialog og udvikling af samarbejdet

6.1 Særlige koordineringsområder

6.1.1 Kontaktperson, koordinering og planlægning

Før hvert besøg af Gerontopsykiatrisk team hos en borger træffes der aftale om, hvem der fra kommunen deltager i mødet i borgerens hjem sammen med gerontopsykiatrisk team. Undtaget herfra er dog de situationer, hvor borgeren ikke i forvejen er kendt i kommunen. I de tilfælde sker kontakten fra Gerontopsykiatrisk team til demensfagpersonen i kommunen efter nærmere aftale med borgeren.

Kommunen:

Kommunen sikrer, at der er en navngivet demensfagperson/navngivne demensfagpersoner i kommunen, der har kompetence til at varetage den fælles koordinering, planlægning og igangsætning af den samlede indsats i forhold til borgeren, herunder:

- At træffe aftale om og koordinere fælles besøg hos borgeren
- At tage imod oplysninger om ordinationer til borgeren (medicin m.v.)
- At inddrage og samarbejde med relevante interne samarbejdspartnere, så den enkelte borger visiteres til de nødvendige foranstaltninger og ydelser ud fra borgerens og de pårørendes aktuelle behov og situation.

For at sikre fælles aftaler og planlægning af indsatsen i forhold til borgeren, stiller kommunen demensfagpersoner og andet relevant personale til rådighed, så der efter konkret aftale altid er mulighed for, at der kan holdes et fælles møde hos borgeren. Demensfagpersonen har ansvar for videreformidling af information og koordinering af aftaler mv. til relevante samarbejdspartnere.

Kommunen informerer og rådgiver om tilbud og ydelser til demensramte borgere i kommunen samt vurderer og tildeler ydelser til borgerne ud fra deres og de pårørendes individuelle behov.

Kommunen sørger for at udarbejde procedure for den interne ansvars- og opgavefordeling i kommunen samt for, at der foreligger ajourførte lister over navngivne demensfagpersoner i kommunen. Kommunen har endvidere ansvar for, at de ajourførte lister over navngivne demensfagpersoner/kontaktpersoner løbende viderefremmes til gerontopsykiatrisk team.

Gerontopsykiatrisk team:

Før besøg hos borgeren kontakter gerontopsykiatrisk team, som hovedregel, navngiven demensfagperson i kommunen og sammen udveksles oplysninger og borgerens situation vurderes. Kontakten afsluttes med, at der træffes aftale om fælles besøg i hjemmet. Så vidt det er muligt vil patienter med demensproblematik og psykiatriske komplikationer blive forviseret i eget hjem.

Efter henvisning fra den praktiserende læge, varetager gerontopsykiatrisk team:

- Udredning og diagnostisering
- Specialistbistand i forhold til borgere, hvis tilstand og psykiske symptomer er blevet for svære at håndtere i det daglige for kommunen og den praktiserende læge

Den gerontopsykiatriske overlæge har behandlingsansvaret for så vidt angår psykofarmaka, når borgeren er indviseret i gerontopsykiatrisk ambulatorium.

Gerontopsykiatrisk team har ansvar for skriftligt at formidle ordinationer (medicin mv.) til borgeren ud til kommunens demensfagperson samt praktiserende læge. I fornødent omfang sker formidlingen også ved personlig kontakt til kommunens demensfagperson.

6.1.2 Rådgivning og vejledning

Kommunen:

Efter behov står demensfagpersonen/demensfagpersonerne for at give råd og vejledning om demens i det daglige til borgere, pårørende og interne samarbejdspartnere i kommunen.

Demensfagpersonen står til rådighed og er aktiv deltager såvel internt i kommunen som i samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere hos udredte borgere i "svære demensforløb". Internt inddrages demensfagpersonen i vurderingen af et demensforløb, før der rettes henvendelse til gerontopsykiatrisk team om konsulentbistand.

Gerontopsykiatrisk team:

Gerontopsykiatrisk team yder råd og vejledning til de henviste borgere, de pårørende, til medarbejdere og ledere i kommunen, når det drejer sig om særlige vanskelige situationer og problemer hos borgeren. Gerontopsykiatrisk team yder konsulentbistand i form af undervisning, faglig vejledning og konsultation.

Konsulentbistanden kan efter aftale omfatte:

- Undervisningsopgaver af kortere eller længere varighed
- Vejledning i forhold til såvel enkeltpersoner som grupper, pårørende og pårørendegrupper
- Udviklingsopgaver som f.eks. metodeudvikling, erfaringsopsamling, forsknings og evalueringsprojekter.

6.1.3 Mødeaktivitet

Gerontopsykiatrisk team og de kommunale demensfagpersoner afholder efter behov møder, hvor der gensidigt sker en vidensformidling, udveksling af erfaringer og holdninger samt en drøftelse af samarbejde og aftaler.

Bilag 5 til basisaftalen vedr. mennesker med sindslidelse: Aftaler vedr. børn af psykisk syge

Indholdsfortegnelse

1. INDSATSEN I FORHOLD TIL BØRN I FAMILIER MED ET MEDLEM MED SINDSLIDELSE	2
1.1 Aftale vedrørende ansvar for at foretage behovsvurdering	2
1.2 Aftale vedrørende varetagelse af indsatsen	2
1.2.1 Behandlingspsykiatriens ansvar	2
1.2.2 Kommunens ansvar	3

1 Indsatsen i forhold til børn i familier med et medlem med sindslidelse

Med formålet at sikre en optimal og tværsektoriel indsats i forhold til børn i familier, hvor der er et menneske med sindslidelse, er der indgået følgende aftaler:

1.1 Aftale vedrørende ansvar for at foretage behovsvurdering

Praktiserende læger, øvrige speciallæger og behandlingspsykiatrien har ansvar for udredning og behandling af sindslidende, afdækning af patientens familiære forhold og underretning til kommunen, hvor der er børn med behov for støtte. Kommunen har ansvar for at varetage indsatsen i forhold til at iværksætte undersøgelse af behov for støtte omkring barnet og iværksætte nødvendige initiativer.

1.2 Aftale vedrørende varetagelse af indsatsen

1.2.1 Behandlingspsykiatriens ansvar

Psykiatrien, Region Nordjylland har ansvar for, at de psykiatriske afdelinger og distriktskykiatrien i deres procedurer sikrer følgende:

- At det under graviditet afklares, hvorvidt den gravide og det ufødte barn har behov for hjælp og støtte
- At der ved indlæggelse eller ambulante behandling sker en udredning af forholdene vedrørende eventuelle børn, og at væsentlige oplysninger registreres
- At børnenes forhold og aktuelle situation efter behov drøftes med patienten ved behandlingsmøder
- At patienten tilbydes hjælp til at kontakte relevant kommunal forvaltning, hvis det vurderes, at der er behov for særlig støtte og hjælp til barnet - om nødvendigt kontaktes kommunen gennem en underretning
- At forældre med sindslidelse og deres børn tilbydes information og rådgivning om muligheder for yderligere hjælp/støttemuligheder (bl.a. via Psykiatriens Informationscenter)
- At børnene kan komme på besøg på den psykiatriske afdeling, og at personalet i den forbindelse medvirker til, at der tages de nødvendige hensyn til børnene, herunder at der følges op på begivenheder, der vurderes at give anledning til bekymring hos børnene
- At relevant information for pårørende er tilgængelig på Psykiatriens hjemmeside.

Spørg til børnene samtale

Alle patienter i Psykiatrien, Region Nordjylland, der har børn i alderen 4-18 år tilbydes en Spørg til børnene samtale. Formålet med samtalerne er, at børnene får oplysninger om forældrens psykiske sygdom, ligesom de har mulighed for at fortælle om deres egne oplevelser og erfaringer med at være barn i en sygdomsramt familie. Det er en gruppe af særligt uddannede medarbejdere, der afholder samtalerne med børnene. Som led i samtalen kan barnet endvidere få en rundvisning i den afdeling, hvor forælderen er indlagt samt præsenteres for personalet.

Team Børn af psykisk syge

Kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland er enige om, at Projekt Team Børn af psykisk syge drives som et fælles projekt forankret i Psykiatrien, Region Nordjylland, idet der er tale om en terapeutisk og vejledningsmæssig indsats overfor pårørende til patienter, der er indlagte eller i ambulante behandling, og dermed en indsats, der er tæt forbundet med den direkte patientrelaterede behandling. Erfaringer peger i retning af, den psykisk syge forælder som følge af indsatsen har behov for mindre intensive behandlingstilbud i psykiatrien.

Team Børn af psykisk syge er et regionsdækkende team, der tilbyder børn og unge i alderen 6-18 år, der har en psykisk syg forælder, at deltage i en samtalegruppe samt undervisning, rådgivning og vejledning til medarbejdere/samarbejds partnere i primærsektor.

Vidensgruppen for børn af psykisk syge

Kommunen og Psykiatrien, Region Nordjylland er enige om at videreføre Vidensgruppen for børn af psykisk syge, der består af kommunale og regionale repræsentanter. Psykiatrien, Region Nordjylland er koordinator for en vidensgruppe/netværksgruppe vedrørende børn af psykisk syge, der fungerer som følgegruppe for Team Børn af psykisk syge. Vidensgruppen arrangerer temadage og fungerer som vidensbase indenfor området. Psykiatrien, Region Nordjylland varetager endvidere sekretariatsbetjeningen af Vidensgruppen.

Beskrivelser af relevante tilbud kan findes på regionens hjemmeside på www.psykiatri.rn.dk

1.2.2 Kommunens ansvar

- At der udarbejdes interne procedurer, der sikrer, at de ansatte i relevante kommunale forvaltninger, institutioner, skoler, fritidstilbud, hjemmeplejen og socialpsykiatriske tilbud har fokus på børn i familier med et menneske med sindslidelse. Der skal endvidere foreligge en klar beskrivelse af, hvem der har ansvar for at varetage en indsats i forhold til børnene, herunder pligt til at behandle underretninger og iværksætte akutindsats
- At der sker en registrering af væsentlige oplysninger om børn, der vurderes at have behov for hjælp eller formodning om, at børnene senere får behov for hjælp
- At der ved henvendelse gives rådgivning til forældre med sindslidelse og deres børn
- At der ved kendskab om graviditet foretages en vurdering af behovet for særlig rådgivning til den gravide og dennes nærmeste familie med formålet at afklare om det ufødte barn og den gravide har behov for hjælp og støtte
- At sikre, at børnenes forhold og aktuelle situation efter behov vurderes, eventuelt i forbindelse med en social behandlingsplan
- At sikre, at der er tilgængelig og opdateret information om hjælpemuligheder til forældre med en sindslidelse og deres børn.

Kommunerne har i aftaleperioden fokus på muligheden for at udbygge tilbuddet til børn af psykisk syge i samarbejde med behandlingspsykiatrien.

Bilag 6

Oversigt over kommunale kontaktpersoner for medarbejdere i behandlingspsykiatrien (én indgang til kommunen)

Senest opdateret den 13. januar 2011. Oversigten opdateres løbende på Psykiatriens hjemmeside www.psykiatri.rn.dk

I sundhedsaftalen 2010-2014 er det aftalt, at medarbejdere i behandlingspsykiatrien skal have én indgang til den enkelte kommune. Nedenstående oversigt viser, hvem medarbejdere i behandlingspsykiatrien kan kontakte i den enkelte kommune ved behov for koordinering af samarbejdet i et patientforløb.

Kommune	Kommunal kontaktperson	Telefonnummer	E-mailadresse
Aalborg Kommune	I årene 2009-2012, hvor Aalborg Kommune og Psykiatrien; Region Nordjylland i fællesskab gennemfører Projekt udskrivningskoordinator, skal én af de 3 udskrivningskoordinatorer kontaktes, hvis borgeren er i målgruppen for projektet – dvs. har en sindslidelse og har behov for en særlig støtte i forbindelse med udskrivning - typisk i situationer, hvor der er brug for ændringer i indsatsen efter indlæggelse og/eller ved behov for hjælp til koordinering af indsatsen.		
	Projektleder Michael Andersen	31 99 09 33	chae-aeh@aalborg.dk
	Projektmedarbejder Mette Salling	31 99 09 35	mksa-aeh@aalborg.dk
	Projektmedarbejder Jette Starup Petersson	31 99 09 34	jspe-aeh@aalborg.dk
	Oversigt over kontaktpersoner i Aalborg Kommunes enheder findes på følgende link: www.psykiatri.rn.dk		
Vesthimmerlands Kommune	Jytte Hoffmann Birk	99 66 81 97	jhb@vesthimmerland.dk
Thisted Kommune	Socialpsykiatri, Elin Brandt	99 17 19 52	eb@thisted.dk
	Misbrug, Pia Toft Larsen	99 17 23 27	ptl@thisted.dk
	Demens, Gitte Dahlgård	99 17 19 62	gida@thisted.dk
	Børn / unge, Hanne Korsgård	99 17 24 60	hak@thisted.dk
Rebild Kommune	Leder af socialpsykiatrien Dorte Rømer Jensen	99 88 84 00	drje@rebild.dk
Morsø Kommune	Forvaltningen Omsorg og Pleje: Pensionister: Afdelingsleder Poul Olsen	99 70 71 32	poul.olsen@morsoe.dk
	Afdelingen Den sociale Indsats: Ikke pensionister: Gruppetleder Susan Degn	77 70 71 89	susan.degn@morsoe.dk

Kommune	Kommunal kontaktperson	Telefonnummer	E-mailadresse
Jammerbugt Kommune	Preben Gram	72 57 75 71	Pgr@jammerbugt.dk
Læsø Kommune	Faglig leder Anne Trondal	96 21 30 00	atr@laesoe.dk
Mariagerfjord Kommune	Else Binderup		elbin@mariagerfjord.dk
Frederikshavn Kommune	Dorit Sørensen	98 45 51 78 29 43 65 17	dosr@frederikshavn.dk
	Jens Peter Aagaard Gam	98 45 51 87	jpga@frederikshavn.dk
Hjørring Kommune	Leder af Myndighedsfunktion Handicap Mikael Karup Haugaard	72 33 50 99	Mikael.karup.haugaard@hjoerring.dk
	Områdeleder Helle Laursen	72 33 50 64	Helle.laursen@hjoerring.dk
Brønderslev Kommune	Visitationen	99 45 45 17 99 45 45 18	Tina.gronbech@99454545.dk Else.lodberg@99454545.dk

Bilag 7

Oversigt over kontaktpersoner vedrørende regionale tilbud

Kontaktperson	Telefonnummer	E-mailadresse
<p>Opgaven varetages af Specialsektoren.</p> <p>Vicekontorchef: Tove Zetterberg Gjerlevsen</p> <p>Socialfaglig konsulent: Bente Nielsen: Lone Skovbo Frederiksen</p>	<p>96 35 15 60</p> <p>96 35 15 73 96 35 15 65</p>	<p>tzg@rn.dk</p> <p>bente.nielsen@rn.dk losf@rn.dk</p>
<p>Kontaktpersoner i de regionale tilbud:</p>		
<p>Botilbud § 108</p>		
<p>Boformen Kærvang Tranevej 3, 7900 Nykøbing Mors Forstander, Inger Marie Andersen</p>	<p>72 13 73 65</p>	<p>inmaa@rn.dk</p>
<p>Boformen Skovvænget Otte Jørgensensvej 5, 9620 Ålestrup Forstander, Ole Bøjlund</p>	<p>51 27 96 56</p>	<p>oba@rn.dk</p>
<p>Socialpsykiatrisk Boform Solsiden Odinsvej 25, 9870 Sindal Forstander, Lars Kristensen</p>	<p>98 93 63 22</p>	<p>lars.kristensen.1@rn.dk</p>
<p>Socialpsykiatrisk Boform Vestervang Bøgevej 11, 9670 Løgstør Forstander, Susanne Nørby Knudsen</p>	<p>98 67 20 33</p>	<p>sunk@rn.dk</p>
<p>Socialpsykiatrisk Boform Visborggaard Visborggaard Allé 39, 9560 Hadsund Forstander, Ina Fisher Jacobsen</p>	<p>96 33 62 62</p>	<p>ifj@rn.dk</p>
<p>Botilbud § 107 Socialpsykiatrisk Boform Brovst Stationsvej 12, 9450 Brovst Forstander, Lene Jensen</p>	<p>72 13 72 80</p>	<p>lene.jensen.2@rn.dk</p>
<p>Dagtilbud § 104 Daghusene i Morsø og Thisted Forstander, Mette Odgaard</p>	<p>97 91 08 22</p>	<p>mos@rn.dk</p>