

# Kvalitetsstandarder

## Jf. Lov om Sundhed



### Kvalitetsstandard

**En sammenhængende indsats til borgere med skizofreni samt Lolland Kommunes indsats jf. forløbsprogrammet for borgere med skizofreni**

**Kvalitetsstandard for en sammenhængende indsats til borgere med Skizofreni**

<b>1. Baggrund for en sammenhængende indsats til borgere med skizofreni .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Målgruppe .....</b>	<b>3</b>
Definition .....	3
Stratificering.....	3
Vurdering af sygdomskompleksitet .....	4
Vurdering af egenomsorgsevne .....	4
Ansvar for egenomsorgsevne .....	4
<b>3. Formål med en sammenhængende indsats til borgere med skizofreni .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Indsats til borgere med skizofreni.....</b>	<b>5</b>
Behandlerrettede indsats.....	5
Funktionsrettede indsats .....	6
Deltagelsesrettede indsats.....	6
Rehabiliteringsfaser .....	6
<b>5. Tværfaglig indsats til borgere med skizofreni.....</b>	<b>6</b>
Praktiserende læge.....	6
Primærbehandler i psykiatrien.....	7
Kommunal tovholder.....	7
Udskrivelse fra psykiatrien.....	7
Borgere med retlige foranstaltninger.....	9
<b>6. Samarbejde med politi, sociale myndigheder og psykiatrien .....</b>	<b>9</b>
<b>7. Lolland Kommunes indsats til borgere med skizofreni.....</b>	<b>9</b>
<b>Socialpædagogisk støtte jf. Lov om social service § 85 .....</b>	<b>10</b>
Personlig og praktisk hjælp jf. Lov om social service § 83 .....	10
Beskyttet beskæftigelse jf. Lov om social service § 103.....	10
Støtte-kontaktperson jf. Lov om social service § 99 .....	10
Aktivitets- og samværstilbud jf. Lov om social service § 104.....	10
Midlertidigt botilbud jf. Lov om social service § 107 .....	10
Længerevarende botilbud jf. Lov om social service § 108 .....	11
Behandling af stofmisbrugere jf. Lov om social service § 101 og jf. Sundhedsloven § 141 .....	11
<b>Bilag 1 - Ordliste .....</b>	<b>12</b>
<b>Bilag 2 - Link til forløbsprogram for skizofreni .....</b>	<b>13</b>
<b>Bilag 3 - Tidlig opsporing.....</b>	<b>13</b>

## 1. Baggrund for en sammenhængende indsats til borgere med skizofreni:

Skizofreni er en psykisk lidelse, der er prioriteret i regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010". Sundhedsstyrelsen har på den baggrund arbejdet med, at udvikle den systematiske forebyggelse og en sammenhængende indsats i det samlede sundhedsvæsen. Resultatet heraf blev " *Forløbsprogram for kronisk sygdom - Generisk model og forløbsprogram for skizofreni*".

Samlet sigter anbefalingerne mod en systematisk forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats over for borgere med skizofreni, såvel i det regionale, som i det kommunale sundhedsvæsen.

Nærværende kvalitetsstandard beskriver Lolland Kommunes tværfaglige samarbejde, ansvar og opgaver i forhold til indsats til borgere med skizofreni og med en ringe egenomsorgsevne, som kommunen - jf. forløbsprogrammet for skizofreni, er forpligtet til at yde. Forløbsprogrammet er udarbejdet i samarbejde med Region Sjælland.

Forløbsprogrammet beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for borgere med skizofreni på sygehuse, i kommuner og i almen praksis i Region Sjælland.

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

Kommunerne skal etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til deres borgere og er samtidig ansvarlige for den borgerrettede forebyggelse, der finder sted uden for sygehuse og almen praksis.

## 2. Målgruppe:

Borgere med skizofreni.

### Definition og symptomer på skizofreni:

Skizofreni er en alvorlig psykisk lidelse med følgende symptomer:

- Psykotiske symptomer
- Social tilbagetrækning og svækket evne til at fungere i sociale sammenhænge
- Hyppige symptomer er vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og hallucinationer

Borgerne skal være diagnosticeret af praktiserende læge eller sygehuslæge.

### Borgere med dobbeltdiagnoser:

En særlig målgruppe er de såkaldte dobbeltdiagnosticerede, dvs. borgere med både en sindslidelse eksempelvis skizofreni og et stof – og/eller alkoholmisbrug. Mange borgere med dobbeltdiagnoser har vanskeligt ved at profitere af almindelig behandlingstilbud indenfor såvel psykiatrien som misbrugsområdet.

Regionerne har ansvaret for behandlingen af de psykiske lidelser og kommunen er i henhold til Sundhedsloven ansvarlig for misbrugsbehandlingen.

### Stratificering:

Som udgangspunktet, er det henvisende læge, der har ansvaret for stratificeringen.

Stratificeringen er en dynamisk proces, der tager hensyn til, at den enkelte borger både kan opleve forværring, stabilisering og forbedring i sin almene tilstand.

Stratificeringen sker på baggrund af to dimensioner, "sygdomskompleksitet og egenomsorgsevne".

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

Borgerne med kronisk sygdom inddeles i en af de følgende fire grupper, og stratificeringen er afgørende for det tilbud borgen tilbydes<sup>1</sup>.

**Figur 1. De fire stratificeringsgrupper**

<p><b><u>1. Borgere med:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Velbehandlet udredt sygdom</li> <li>- God egenomsorgsevne</li> </ul> <p><b>Almen praksis hos egen læge med eller uden kommunale foranstaltninger</b></p>	<p><b><u>2. Borgere med:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debuterende sygdom</li> <li>- Sygdomsforløb, hvor behandlingen er svær at gennemføre</li> </ul> <p><b>Almen praksis hos psykiater Sygehus – Ambulant eller indlagt. Samspil med kommunale foranstaltninger.</b></p>
<p><b><u>3. Borgere med:</u></b></p> <p>Sværere kompliceret sygdom pga. fx</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ringe egenomsorgsevne,</li> <li>- kompliceret differentialdiagnostik,</li> <li>- svær comorbiditet, behandlingsresistens</li> <li>- Ringe egenomsorgsevne</li> <li>-</li> </ul> <p><b>Regionsfunktionsniveau, specialiseret behandling Oftest i samspil med kommunale foranstaltninger</b></p>	<p><b><u>4. Borgere med:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sværere kompliceret sygdom, der ikke kan behandles på Regionsfunktionsniveau</li> <li>- Ringe egenomsorgsevne</li> </ul> <p><b>Høj specialiseret funktion oftest i samarbejde med kommunen</b></p>

**Vurdering af sygdomskompleksitet:**

Borgerens sygdomskompleksitet vurderes ud fra sygdommens sværhedsgrad og/eller tilstedeværelsen af flere sygdomme samtidig. Kompleksiteten vurderes og relateres til, borgerens samlede sundhedstilstand og om der er vilkår, som stiller særlige krav til behandling og rehabilitering.

**Vurdering af egenomsorgsevne:**

Egenomsorg omhandler flere aspekter. Det handler både om, at hver enkelt tager bedst muligt vare på sig selv og deltager aktivt i egen behandling ved bl.a. at indgå i et konstruktivt samarbejde med sundhedsprofessionelle. Men egenomsorg handler også om, at sundhedsprofessionelle inddrager borgerne i behandlingen ved eksempelvis at tilføre og udstyre borgeren med relevante kompetencer og viden. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på social ulighed i sundhed og det forhold, at ikke alle har lige gode forudsætninger for, at udøve egenomsorg.

<sup>1</sup> Region Sjællands forløbsprogrammer

Levevilkår kan spænde ben for, at nogle borgere er i stand til at varetage egenomsorg på en ordentlig måde.

Den enkelte persons evne til, at udøve egenomsorg kan vurderes på baggrund af oplysninger om bl.a. funktionsniveau, ressourcer, alder, erhverv, uddannelsesniveau, socialt netværk, comorbiditet (herunder psykisk sygdom), misbrug, økonomi, boligforhold, arbejdsforhold, relation til partner, relation til familie og børn, tilstedeværelse af sygdom i nær familie og etnisk baggrund.

### **Ansvar for egenomsorgsvurdering:**

Vurdering af egenomsorgsevne foretages altid i samarbejde med borgeren og eventuelle pårørende.

Praktiserende læge har som udgangspunkt det overordnede ansvar for egenomsorgsvurderingen i forhold til stratificering. Medarbejdere fra sygehuse og kommunalt ansatte, eksempelvis i socialpsykiatri og hjemmepleje har ansvar for at opspore ændringer i egenomsorgskapaciteten og melde det til egen læge.

### **3. Formål med en sammenhængende indsats til borgere med skizofreni:**

Formålet med en sammenhængende indsats er:

- At opbygge et tværfagligt samarbejde, vedligeholde gode samarbejdsrelationer samt sikre vidensdeling til gavn for borgeren
- At sikre fokus på inddragelse af borgerens egne ressourcer, pårørende mv.
- At sikre fælles forståelse for opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem involverede parter herunder sygehus, læge, kommune mv.
- At sikre en fælles standard for behandling, kontrol og rehabilitering, herunder forebyggelse for mennesker med skizofreni.

### **4. Indsats til borgere med skizofreni:**

Indsatsen indeholder rehabilitering. Rehabiliteringsprocessen vil forløbe individuelt, da den bygger på de ressourcer og interesser som den enkelte patient har og de begrænsninger som han /hun må forholde sig til.

#### **Rehabilitering:**

“Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”<sup>2</sup>

#### **Behandlingsrettede indsats:**

Indeholder diagnosticering, opstart og opfølgning af medicinsk behandling oftest under indlæggelse samt anden tværfaglig behandling.

#### **Funktionsrettede indsats:**

Omhandler næsten udelukkende en bedring af funktionsevnen eksempelvis evnen til aktivitet i hverdagen enten i hjemmet eller under en indlæggelse. Det kan handle om at strukturere hverdagen, klare de nødvendige ADL aktiviteter og fungere i sociale sammenhænge.

<sup>2</sup> Marselisborg Centret, 2004, *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet s. 16*

### **Deltagelsesrettede indsats:**

Borgeren arbejder frem mod de mål og det liv, som han/hun ønsker sig. Indsatsen handler om at anvende og få det bedste ud af det funktionsniveau som borgeren nu en gang har.

Indsatsen vil for en stor del være rettet mod det samfund og det miljø, borgeren skal fungere og deltage i. Borgeren arbejder med identitetsproces, sociale roller og sit hverdagsliv.

### **Rehabiliteringsfaser:**

Sygehus, praktiserende læger og kommunen har et fælles ansvar for rehabiliteringen der indeles således:

- Under indlæggelse
- Ambulant rehabilitering i sygehusregi eller kommunalt regi
- Det sene opfølgings – og vedligeholdelsesfase i kommunalt regi

Rehabiliteringsindsatsen vil i kommunen være beskrevet i den enkelte borgers handleplan.

## **5. Tværfaglig indsats til borgere med skizofreni:**

Borgerens mulige veje gennem psykiatrien:

- Psykiatrisk Akut Modtagelse – her kan borgeren frit henvende sig med eller uden henvisning
- Praktiserende læge – som kan henvise til ambulant behandling eller indlæggelse, behandling hos praktiserende speciallæger, tvangsindlæggelse på behandlingsindikation (gule papirer) eller tvangsindlæggelse på farlighedskriteriet (røde papirer)

I Sundhedsstyrelsens rapport "forløbsprogram for kronisk sygdom – generisk model," anbefales at borgere med en kronisk sygdom har en tovholder som er ansvarlig for:

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

### **Praktiserende læge:**

Praktiserende læge har en central gennemgående rolle i behandlingen af borgeren med skizofreni og fungerer som tovholder og skal i samarbejde med kommunen, den specialiserede sygehusafdeling/speciallæge i psykiatrien medvirke til, at sikre den bedst mulige indsats for borgere med skizofreni. Det forudsættes at den praktiserende læge som tovholder har et individuelt kendskab til borgeren, er tilgængelig og har et indgående kendskab til sundhedsvæsenet og andre relevante samarbejdspartnere.

Praktiserende læge skal sikre at borgerens helbred løbende vurderes og behandlingen planlægges samt sikre at behandlingen er koordineret på tværs af sektorerne. Som tovholder indgår praktiserende læge i et formaliseret samarbejde med andre sundhedsprofessionelle eksempelvis speciallæger, det kommunale sundhedsvæsen samt det specialiserede niveau på sygehuset. Almen praksis skal tilgodese borgerenes behov for en koordineret indsats.

Den praktiserende læge foretager foreløbig diagnostik, kortlægning, vurderer behov for udredning og henviser hurtigst muligt videre til distriktpsychiatrien med henblik på yderligere udredning.

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

### **Primærbehandler i psykiatrien:**

Under indlæggelse og ambulant behandling får borgeren tilknyttet en eller flere primærbehandlere som er ansvarlig for kommunikationen mellem borger, pårørende, kommune samt andre samarbejdspartnere. Borgerne skal både mundtligt og skriftligt oplyses om, hvem der er deres primærbehandlere samt hvad ordningen indebærer.

Primærbehandleren spiller en vigtig rolle i samspillet mellem kommune, Region og borgeren og sikrer, at der altid er én ansvarlig til at varetage borgerens sag bedst muligt når pågældende er tilknyttet sygehuspsykiatrien. Primærbehandleren er ansvarlig for at overdragelse af sag fra en instans til en anden forløber optimalt.

Hvis kommunen har behov for kontakt til sygehuset og ikke kender primærbehandler, sker kontakten via den psykiatriske akutmodtagelse.

### **Kommunal tovholder:**

Kommunikationen mellem sygehus og Lolland Kommune foregår via borgerens primærbehandler på sygehuset og borgerens kommunale tovholder.

Borgere med komplekse problemstillinger og modtagere af flere kommunale ydelser fra forskellige forvaltninger og afdelinger skal have udpeget en kommunal tovholder med koordinationsansvar, som er den i kommunen der har det koordinerende ansvar for sagen. I Lolland Kommune er det som udgangspunkt Visitationen der er tovholder og har det koordinerende ansvar. Tovholderen skal sikre, at borgeren og samarbejdspartnere får én vej ind i kommunen, og samtidig holde overblik over sagen til gavn for borgere og samarbejdspartnere.

Navn, telefonnummer og træffetid på den kommunale tovholder oplyses til borgeren og noteres i den elektroniske journal. Det noteres ligeledes hvem der er borgerens primærbehandler på sygehuset. Oplysninger om kommunaltovholder oplyses ligeledes til psykiatrien og praktiserende læge.

### **Udskrivning fra psykiatrien – overgang fra Region til Kommune:**

For at sikre den bedste sammenhæng for borgeren skal Regionen både i de situationer, hvor der ikke allerede er etableret kommunale tilbud, og hvor det skønnes at være relevant for det gode patientforløb ved indlæggelse eller snarest herefter, kontakte kommunen og inddrage den i den kommende udskrivning af borgeren.

I særligt komplekse forløb, skal egen læge tilbydes at deltage i planlægningskonference så tidligt i forløbet som muligt. Der kan ligeledes være behov for at egen læge indbydes til at deltage i udskrivningskonference. Egen læge modtager udskrivningsbrev med oplysninger om indlæggelsesforløb, behandling, medicin samt oplysninger om den videre plan og eventuelle foranstaltninger i kommunalt regi. Udskrivningsbrevet skal være egen læge i hænde senest 3 hverdage efter udskrivelse. Ansvar for den medicinske behandling, herunder bivirkninger-, /senfølger til psykofarmakologisk behandling påhviler almen praksis og behandlingspsykiatrien.

Særligt for borgere med dobbelt diagnoser skal der tilbydes udarbejdelse af koordinerende kommunale handleplaner og regionale handlingsplaner, med det formål at skabe fælles mål i arbejdet med såvel behandlings- som handleplan. Praktiserende læge skal inddrages i forbindelse med koordinering af behandlings – og handleplaner, så egen læge er bekendt med de fælles mål og dermed kan støtte op om dette. Inddragelsen skal som minimum ske ved skriftligt orientering ved kopi af behandlings- og handleplan.

I de tilfælde hvor en borger nægter at medvirke til at der udarbejdes en udskrivningsaftale, og det af den behandlingsansvarlige overlæge skønnes nødvendigt, skal denne udarbejde en koordineringsplan i henhold til psykiatriloven. Koordinationsplanen sendes til praktiserende læge.

Borgere med skizofreni vil ofte modtage kommunale tilbud, som ofte iværksættes i forbindelse med udskrivelse. Etableres der et samarbejde med kommunen under indlæggelsen

udarbejdes der en § 141 handleplan, der beskriver formålet med den kommunale indsats, selve indsatsen og varigheden af denne. Visitationen er ansvarlig for udarbejdelse af § 141 handleplan. Borgeren skal have et ønske om at der udarbejdes en § 141 handleplan.

Borgere med skizofreni vil ofte have behov for et ambulante forløb i behandlingspsykiatrien eller hos en privat praktiserende psykiater, hvor kontrol og opfølgning vil ske.

Hvis en borgere med dobbeltdiagnose er påbegyndt behandling for misbrug under indlæggelsen, skal der med borgerens samtykke etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på, at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivelse.

#### **Ukompliceret udskrivelse:**

Er en udskrivelse, hvor borgeren udskrives til eget hjem eller botilbud til samme støtte/hjælp som før indlæggelsen eller med få mindre justeringer. Udskrivelsen kan planlægges via en telefonsamtale eller ved en konference mellem borgernes primærbehandler på sygehuset og Visitationen i Lolland Kommune. Lolland Kommune skal være kontaktet af sygehuset senest kl. 13.00, hvis borgeren skal udskrives næste dag.

#### **Kompliceret udskrivelse:**

Er en udskrivelse ved et kompliceret patientforløb, hvor sygehuset vurderer, at der er sket en væsentlig ændring i behovet for kommunale ydelser. Der skal hurtigst muligt efter indlæggelse aftales en planlægningskonference mellem borger og evt. dennes pårørende, repræsentanter fra sygehuset samt repræsentant fra Visitationen i Lolland Kommune.

Formålet med en planlægningskonference er at indlede en dialog mellem borger, sygehus og Lolland Kommune med henblik på fremtidig støtte/indsats.

På planlægningskonferencen orienteres kommunen om den forventede indlæggelsestid, hvornår borgeren er færdigbehandlet, og så vidt det er muligt aftales dato for udskrivningskonference. Udgangspunktet er, at borgeren ikke er indlagt længere tid end nødvendigt.

Det er sygehusets ansvar at varetage koordineringen i forhold til planlægnings- og udskrivningskonference. Kommunen skal inddrages senest 3 hverdage før afholdelse af udskrivningskonference. Så vidt det er muligt og hensigtsmæssigt anvendes videokonference. Hvis kommunen ikke kan deltage i konference inden 3 hverdage, kan sygehuset færdigmelde borgeren til den dato, som er anført som forventet udskrivningsdato.

Udskrivningskonference skal afholdes senest 5 dage før forventet udskrivelse.

Hvis borgeren alligevel ikke er færdigbehandlet til aftalt udskrivningsdato, skal sygehuset registrere borgerens ændrede status og orientere kommunen om ny forventet udskrivningsdato.

Kommunikationen mellem sygehus og kommune tilstræbes at foregå elektronisk og med anvendelse af MEDCom standarder.

#### **Uvarslet udskrivelse:**

Ved en uvarslet udskrivelse skal sygehuset videregive helbredsoplysninger til kommunen uden borgerens samtykke, såfremt den behandlingsansvarlige læge konkret vurderer at det er af væsentlig hensyn til borgeren.

#### **Borgere med retslig foranstaltning:**

Borgere med længerevarende skizofreni, der har begået en eller anden form for kriminalitet og kan være dømt efter en af følgende retslige foranstaltninger:

- Dom til ambulante psykiatrisk behandling typisk med tilsyn fra kriminalforsorgen
- Dom til psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse i henhold til dommen og med hensyn til kriminalforsorgen



- Dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling.

Behandlingsansvaret for domme kan kun varetages af en overlæge ansat i psykiatrien.

## **6. Samarbejde med politi, de sociale myndigheder og psykiatrien (PSP-samarbejdet):**

Folketinget har med virkning fra den 1. april 2009 besluttet, at politidirektøren i alle politikredse har initiativpligten til, at der bliver etableret et samarbejde mellem politi, de sociale myndigheder i kommunerne og psykiatrien i regionerne (PSP - samarbejde.)

Formålet PSP er at skabe et forum, hvor deltagere kan koordinere indsatsen overfor særligt udsatte, der har behov for hjælp, men som ikke falder klart ind under et myndighedsområde eksempelvis lovovertrædere, patienter i psykiatrien eller brugere i socialektoren. Formålet med PSP er at koordinere politiets, de sociale myndigheders og psykiatriens indsats i forhold til socialt udsatte. Ligeledes skal PSP-samarbejdet forebygge, at de udsatte borgere udvikler eller fortsætter en kriminel adfærd. I PSP regi kan lokale myndigheds personer drøfte og aftale løsninger i vanskelige borgersager, også uden samtykke fra den involverede borgere<sup>3</sup>.

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

Typiske karakteristika ved målgruppen:

- Truende adfærd overfor andre
- Voldsomt udadreagerende adfærd
- Til fare for sig selv eller andre
- Har børn/familie der skal have hjælp
- Er ude i kriminalitet
- Erkender ikke egen sygdom/sociale situation
- Er i risiko for at miste bolig eller på anden måde eksistensgrundlag, hvis der ikke gribes ind
- 3. person klager over vedkommende
- "Usynlig" og i fare for at "gå til " i egen lejlighed.
- Karakteriseret ved flere problemstillinger

## **7. Lolland Kommunes indsats til borgere med skizofreni:**

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

**Lolland Kommune skal tilbyde:**

### **Socialpædagogisk støtte jf. Lov om social service § 85:**

Hjælp, omsorg eller støtte samt genoptræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

<sup>3</sup> Retsplejelovens § 114, stk. 2 og § 115, stk. 1 og stk. 2

Der henvises til Lolland Kommunes kvalitetsstandard for socialpædagogisk indsats jf. Lov om social service § 85.<sup>4</sup>

#### **Personlig og praktisk hjælp jf. Lov om social service § 83:**

Lolland Kommune skal tilbyde personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver og/eller madservice hvis borgeren på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Der henvises til Lolland Kommunes kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp jf. Lov om social service § 83.<sup>5</sup>

#### **Beskyttet beskæftigelse jf. Lov om social service § 103:**

Lolland Kommune tilbyder beskyttet beskæftigelse til borger som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.

Der henvises til Lolland Kommunes kvalitetsstandard for Beskyttet beskæftigelse jf. Lov om social service § 103.<sup>6</sup>

#### **Støtte – kontaktperson jf. Lov om social service § 99**

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

SKP er uvisiteret og midlertidigt tilbud om at skabe kontakt /bygge bro til Lolland Kommunes eksisterende tilbud.

Formålet er at styrke borgerens mulighed for at opnå og bevare kontakt til omverden ud fra egne ønsker og behov. Derved understøttes og styrkes muligheden for et liv på egne præmisser med større personlig og social mestring.

Anmodning om en støtte- kontaktperson sker ved henvendelse til teamleder for SKP - korpset.

#### **Aktivitets- og samværstilbud jf. Lov om social service § 104:**

Lolland Kommune tilbyder Aktivitets-og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkår.

Væresteder er et uvisiteret tilbud som har til formål at øge den enkeltes livskvalitet i dagligdagen og retter sig især mod borgere med behov for socialt samvær og aktiviteter i fællesskab.

#### **Midlertidigt botilbud jf. Lov om social service § 107**

Lolland Kommune tilbyder midlertidigt ophold til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

1) Til personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov [for omfattende hjælp](#) til almindelige, daglige funktioner eller for pleje som i en periode har særligt behov for [behandlingsmæssig støtte](#).

2) Til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale behov [for pleje og behandling](#), og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.

<sup>4</sup> <http://www.lolland.dk/Kvalitetsstandarder>

<sup>5</sup> <http://www.lolland.dk/Kvalitetsstandarder>

<sup>6</sup> <http://www.lolland.dk/Kvalitetsstandarder>

Visitationen træffer afgørelse om ophold i midlertidig bolig jf. Lov om social service § 107, hvis opholdet forventes at vare under 3 måneder. Hvis der er behov for et midlertidigt botilbud over 3 måneder træffes afgørelsen i det tværfaglige Visitationsudvalg.

**Længerevarende botilbud jf. Lov om social service § 108:**

Lolland Kommune tilbyder længerevarende ophold, til borgere som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

Afgørelse om længerevarende tilbud jf. Lov om social service træffes i det tværfaglige Visitationsudvalg.

**Behandling af stofmisbrugere jf. Lov om social service § 101 og Sundhedsloven § 141:**

Lolland Kommune tilbyder behandling af stofmisbrugere og alkoholmisbrugere. Lolland Kommune iværksætter behandling senest 14 dage efter at borgeren har henvendt sig med ønske om at komme i behandling. Behandlingen kan tilbydes i enten egne, regionale eller private tilbud. Den primære behandling er ambulans. Behandlingen er gratis, dog er der egenbetaling på kost og logi i forbindelse med døgnbehandlingstilbud.

Der henvises til kvalitetsstandard for misbrug.<sup>7</sup>

Døgnbehandlingstilbud visiteres i Lolland Kommune af det tværfagligt Visitationsudvalg.

---

<sup>7</sup> <http://www.lolland.dk/Kvalitetsstandarder>

## Bilag 1 Ordliste

**ADL aktiviteter:** Almindelig Daglig Livsførelse

Fulminant psykose: "Psykose" = sindssyg, betyder at have en anden helt privat

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

**Primærbehandler psykiatrien:** Den medarbejder i psykiatrien som har den største eller mere vedvarende kontakt til patienten, og til hvem patienten typisk vil henvende sig i behandlingsforløbet. Primærbehandleren skal have overblik over patientens samlede behandling og er oftest sammen med den behandlingsansvarlige læge den koordinerende figur i borgerens behandling.

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

Patienterne stratificeres i dette forløbsprogram efter to dimensioner:

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

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

## Bilag 2 – Forløbsprogram for skizofreni

Links til forløbsprogram:

<http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/samarbejde-og-indsatser/Sundhedsaftalen%202010-2014/Documents/Skizofreniforløbsprogram290611.pdf>

## Bilag 3 - Tidlig opsporing

Skizofreni er, ligesom andre psykotiske tilstande, oftest en tidligt debuterende sygdom, for mænds vedkommende typisk i alderen mellem 20 og 25 år, for kvinders vedkommende lidt senere. Den sociale invaliditet, som følger i kølvandet på sygdommen, bliver grundlagt allerede i den prodromale fase. Manglende uddannelse, kontakt til arbejdsmarkedet og social isolation får ofte langvarige og alvorlige konsekvenser, på trods af at den tilgrundliggende sygdom ikke nødvendigvis længere er til stede.

Intervention allerede før patienterne bliver psykotiske er kommet mere og mere i fokus, men kræver imidlertid, at man med relativ stor sikkerhed kan udpege individer, som er i øget risiko. Endvidere kræver det, at man kan tilbyde et fornuftigt behandlingstilbud, som har vist sig effektivt i at mindske risikoen for, at en formodet prodromal tilstand skal udvikle sig til en fulminant psykose. Tidlig intervention hos unge mennesker, der er vurderet til at være i øget risiko for at udvikle en psykotisk tilstand er stadig et omdiskuteret emne, og der foreligger endnu ikke forskningsresultater, der kan danne et fyldestgørende grundlag for passende retningslinjer på området. Derimod er der efterhånden tiltagende evidens for, at en tidlig intervention ved debuterende psykose er mulig og at det bedre prognosen på længere sigt. En effektiv intervention tidligt i forløbet vil være økonomisk og menneskeligt attraktiv. Ved et fem års opfølgings-studie i det danske OPUS-program (specialiseret indsats for unge med psykose) har man eksempelvis påvist, at patienter der ved psykosedebut er blevet behandlet i et intensivt ambulant forløb har signifikant færre indlæggelser på psykiatriske afdelinger end patienter, der fra begyndelsen er blevet hospitaliseret. Der er en klar økonomisk fordel for samfundet ved færre dyre indlæggelser, og en vigtig fordel for patienterne, der undgår at blive institutionaliserede. Ved fem års opfølgning i det norsk-danske TIPS projekt, hvor man sammenlignede en gruppe patienter fra et område, hvor man havde tilbudt et intensivt tidligt opsporingsprogram med et sammenligningsområde med behandling som vanlig, viste det sig, at ikke alene kunne man signifikant reducere varigheden af ubehandlet psykose fra typisk ½ år til 5 uger, men det resulterede også i, at patienterne efter 5 år klarede sig bedre, specielt når det gjaldt negative symptomer.

Af disse grunde har Danske Regioner vedtaget, at OPUS modellen skal implementeres i alle regioner i Danmark. Debuterende skizofreni og andre psykoser der tilbydes OPUS behandling i psykiatrien.

### **Debuterende skizofreni og andre psykoser der tilbydes OPUS behandling i psykiatrien.**

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

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

Den Praktiserende læge foretager foreløbig diagnostik og kortlægning, vurderer behov for udredning og henviser hurtigst muligt videre til Psykiatrien med henblik på yderligere udredning. Der lægges i denne fase vægt på, at der er foretaget relevante differentialdiagnostik overvejelser, og at evt. samtidig somatisk lidelse og anden comorbiditet er diagnosticeret så vidt muligt. Der skal tilbydes ambulant behandling i distriktskykiatrien/lokale ambulatorier, subsidiært tilbydes døgnbehandling på psykiatrisk afdeling i de tilfælde, hvor det er påkrævet, herunder fx ved risiko for skade på pt. selv eller andre, svært samtidigt misbrug eller stærkt nedsat funktion på grund af alvorlige psykotiske symptomer.

Såfremt patienten er 18-35 år og det drejer sig om første psykotiske episode, skal patienten tilbydes henvisning til OPUS behandling.

(link til D4: <http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=212399> )

Patienterne diagnosticeres grundigt og hvis patienterne tilhører målgruppen for debuterende psykose herunder skizofreni tilknyttes de OPUS behandlingen og får tildelt en personlig OPUS medarbejder, der følger patienten i de næste 2 år.

Ved 1. indlæggelse er OPUS medarbejderens primære rolle den initiale vurdering af psykopatologien, og etablering af kontakten til patient og pårørende, med henblik på at forberede en god behandlingsalliance efter udskrivningen. Samarbejdet mellem afsnittets personale og OPUS medarbejderen planlægges i forhold til patientens individuelle behov. Ved ambulans start inddrages OPUS medarbejderen snarest muligt i udredning og behandling. Socialrådgiver forestår social udredning. Der tilstræbes en hurtig kontakt til patientens hjemkommune. Udfærdigelse af social handleplan foretages i et samarbejde mellem patienten, socialrådgiver, OPUS, medarbejderen, de pårørende og de øvrige behandlere samt kommunens sagsbehandler tidligst muligt.

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

Ved udskrivning af patienten vurderer den behandlingsansvarlige overlæge behovet for udskrivningsaftale, subsidiært koordinationsplan. Patientens egenomsorgsevne vurderes og stratificeringsniveauet beskrives. Tidlig inddragelse af patientens hjemkommune iht. Sundhedsaftalen skal ske mhp. at samarbejdet omkring udskrivning og evt. kommunale foranstaltninger og øvrig opfølgning på indsatser i psykiatrien kan iværksættes rettidigt. Ved indlæggelse tilstræbes første kontakt til pårørende snarest muligt, efter patientens accept. Hvis patienten er ambulant, tager OPUS-medarbejderen inden for få uger kontakt til familien, og kontakten vedligeholdes ved samtaler, undervisning og eventuelt flerfamiliegruppe. Behandlingen i OPUS er minimum 2 år, og OPUS-medarbejderen arbejder kun med patienter med debuterende psykose. I det ambulante forløb vil OPUS-medarbejderen være kontinuerlig støtte for patienten og sørge for at holde kontakten, også selvom det er svært for patienten at møde op. OPUS-medarbejderen er tovholder for patientens behandling og sørger for at koordinere behandlingen, familiearbejdet og den sociale indsats. Som regel ser OPUS-medarbejderen patienten mindst en gang om ugen, i det ambulante forløb. Ud over dette får patienterne mulighed for at deltage i social færdighedstræning ledet af OPUS medarbejderen, individuelt eller i gruppe. Der bliver ligeledes et tilbud om undervisning i sygdommen. Dette foregår individuelt ved samtalerne, ligesom der 2 gange årligt er undervisning i gruppe for patienter. Endvidere tilbydes patienter og pårørende deltagelse i psykoedukativt enkeltfamiliebehandling eller flerfamiliegruppe.

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