

Område:  
Afdeling:  
Journal nr.: 11/18230  
Dato: december 2013

Udarbejdet af: Anita Lerche, Ulla Wernberg-Møller og Niels Aagaard  
E-mail:  
Telefon:

Udkast

# Samarbejdsaftale om indsatsen for udviklingshæmmede med psykiske lidelser – oligofreniområdet.

## 1. Aftalens baggrund – den regionale samarbejdsaftale

Den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område er en aftale indgået mellem Region Syddanmark og regionens 22 kommuner. Aftalen er en overordnet aftale, der dækker hele det psykiatriske område. Aftalen er indgået i 2009 og godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i Region Syddanmark.

Aftalen indeholder en beskrivelse af arbejdsdelingen og samarbejdsfladerne mellem borger, kommune, praktiserende læge og de regionale psykiatriske behandlingstilbud. Alt samarbejde inden for Region Syddanmark på det psykiatriske område håndteres inden for rammerne af den overordnede aftale.

### 1.1 En særskilt aftale for udviklingshæmmede med samtidig sindslidelse

På baggrund af den regionale samarbejdsaftale har aftaleparterne haft ønsker til tillægsaftaler for nogle specielle målgrupper, hvor samarbejdet enten er særligt afgørende, eller hvor der er nogle særlige forhold vedr. målgruppen, der spiller ind.

Målgruppen for oligofrenipsykiatrien udgør en lille del af den samlede fælles målgruppe i det tværsektorielle samarbejde på det psykiatriske område. Der knytter sig imidlertid en række specielle forhold til samarbejdet omkring denne målgruppe, blandt andet pga. målgruppens kognitive vanskeligheder.

Dette har medført en beslutning om, at der skal udarbejdes en supplerende samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med en sindslidelse.

### 1.2 Koncept for oligofrenipsykiatri i Region Syddanmark

Psykiatrien i Region Syddanmark har i 2012 udviklet "Koncept for oligofrenipsykiatri" der beskriver den regionale organisering og tilrettelæggelse af behandlingen af udviklingshæmmede med en samtidig sindslidelse. Med konceptet er indsatsen i den regionale oligofrenipsykiatri blevet afstemt, således at behandlingen er tilrettelagt efter de samme principper i hele regionen.

Der er i regionen etableret fire geografisk fordelte oligofreniteams, der tilsammen udgør Region Syddanmarks regionsfunktion for oligofrenipsykiatri jf. Sundhedsstyrelsens definition.

### 1.3 Arbejdsgruppens kommissorium og konklusioner

I forbindelse med beslutningen om, at der skal udarbejdes en særskilt samarbejdsaftale på oligofreniområdet, blev det præciseret, at arbejdsgruppen skulle:

- Undersøge i hvilket omfang, "Regional samarbejdsaftale for det psykiatriske område" dækker behovet for beskrivelse af arbejdsdeling, samarbejde og kommunikation på oligofreniområdet
- Udarbejde supplerende beskrivelse af arbejdsdeling, samarbejde og kommunikation mellem de involverede parter på oligofreniområdet i det omfang, det findes nødvendigt.

- Udarbejde en fælles patientforløbsbeskrivelse, hvor sagsgangen fra observering af bekymrende adfærd til visitation, undersøgelse, diagnose/beskrivelse, behandling og opfølgning beskrives. Herunder snitfladerne mellem de involverede parter, med klare kriterier for henvisning og behandling.

Arbejdsgruppen har på to møder gennemgået den regionale samarbejdsaftale på psykiatriområdet, samt drøftet behov for samarbejde og kommunikation i den tværsektorielle behandlings- og støtteindsats for målgruppen.

Arbejdsgruppen har på den baggrund vurderet, at der ikke er behov for at udarbejde en ny specifik patientforløbsbeskrivelse på oligofreniområdet. Den eksisterende aftale om hvornår i et forløb, der skal udveksles information og sikres overgange, vurderes at være dækkende, også for personer med samtidig udviklingshæmning og sindslidelse.

For at styrke samarbejdet på tværs af sektorer, har arbejdsgruppen udarbejdet en uddybende beskrivelse af hvilke informationer, der skal udveksles i forbindelse med sektorovergange i det enkelte patientforløb, samt fremkommet med enkelte anbefalinger til organisering omkring indsatsen for udviklingshæmmede med en sindslidelse.

#### **1.4 Arbejdsgruppens sammensætning**

##### **Kommunale deltagere:**

Eli Skibdøl Schwartz, Forstander Bofællesskabet Jupitervej, Fredericia Kommune  
 Kristian Viskum, Souschef Sedenhuse, Odense Kommune  
 Naja Jensen, Leder af psykisk og fysisk handicap området, Billund Kommune  
 Rose Olsen, Afdelingsleder, Svendborg Kommune  
 Rita Solveig Elsborg, Faglig leder, Haderslev Kommune

##### **Repræsentant for interesseorganisation**

Ole Lennart, repræsentant for LEV, medlem af kontaktforum for Handicap

##### **Repræsentant for praktiserende læger**

Jan Nielsen, Børkop

##### **Regionale deltagere:**

Uwe Goy, Overlæge Oligofreniteamet i Haderslev  
 Anette Løwert, Overlæge Psykiatrisk Afdeling i Vejle  
 Kirsten Agerskov, Forstander Bognæs  
 Anita Lynggaard Ringskær, Afdelingsleder/stedfortræder Sydbo.  
 Anita Lerche, specialkonsulent, Psykiatri- og socialstaben (formand for arbejdsgruppen)  
 Niels Aagaard, specialkonsulent, psykiatriadministrationen (sekretær for arbejdsgruppen)

#### **1.5 Implementering og opfølgning på aftalen**

##### **Implementeringsplan**

Der udarbejdes i efteråret 2013 en plan for implementering af aftalen, med henblik på fuld implementering i foråret 2014. Implementeringsplanen udarbejdes af arbejdsgruppen bag aftalen og godkendes i Det Administrative Kontaktforum.

##### **Opfølgning på aftalen**

Aftalen evalueres i foråret 2015 via de psykiatriske samordningsfora og via Kontaktforum for handicap og Psykiatrisk Dialogforum. Herefter forelægges resultaterne for psykiatriens ledelse. Det Administrative Kontaktforum og for Sundhedskoordinationsudvalget.

Psykiatrien i Region Syddanmark foranlediger at den aftale opfølgning på aftalen finder sted.

## **2. Organisering af regionale behandlingstilbud til målgruppen**

### **2.1 Den regionale psykiatri**

Målgruppen for den regionale psykiatri er som udgangspunkt personer der er fyldt 20 år med psykotiske eller affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser samt særligt komplekse tilstande inden for nervøse, stressrelaterede og tvangsbetonede lidelser. Målgruppen under 20 år behandles som udgangspunkt i børne- og ungdomspsykiatrien. Udviklingshæmmede, der har behov for almindelig psykiatrisk behandling inden for det beskrevne behandlingstilbud, har samme adgang som den øvrige målgruppe for den regionale psykiatri.

### **2.2 Regionsfunktion for oligofrenipsykiatri i Region Syddanmark**

Region Syddanmark har fire specialiserede behandlingsteams målrettet udviklingshæmmede med en sindslidelse. Tilsammen udgør de fire behandlingsteams regionsfunktionen for oligofrenipsykiatri, jf. sundhedsstyrelsens definition. Teamene er geografisk placeret i Odense, Vejle, Haderslev og Esbjerg. De fire teams dækker tilsammen hele regionen.

Oligofreniteamene er en ambulant funktion og er overvejende udkørende, men såfremt patienten kan tilses i teamets lokaler, er dette også en mulighed. På grund af de geografiske afstande, hvert team skal dække, søges telefonkonsultationer og videokonferencer anvendt, hvor det er muligt og hensigtsmæssigt.

På grund af målgruppens begrænsede omfang foregår indlæggelse på optagelsesområdet psykiatriske afdeling. Hver psykiatrisk afdeling er forpligtet til at udpege et sengeafsnit, der fungerer som støttefunktion for indlagte oligofrene patienter med psykisk sygdom.

### **2.3 Målgruppe**

Målgruppen for behandling i oligofrenipsykiatrien er:

- Patienter der er fyldt 20 år
- Patienter, der siden barnealderen har haft en mangelfuld udvikling af intelligensniveauet eller har erhvervet en hjerneskade i førskolealderen, medførende en IQ < 70
- Patienter, som i øvrigt opfylder kravene for henvisning til den regionale behandlingspsykiatri, herunder også
  - udviklingshæmmede i antipsykotisk behandling
  - Udviklingshæmmede med demens

Målgruppen er endvidere kendetegnet ved adfærdsforstyrrelser.

Ved vurdering af, hvorvidt en patient er i målgruppen for behandling i oligofrenipsykiatrien, tages der også hensyn til patientens funktionsevne.

Målgruppen for oligofrenipsykiatrien er endvidere kendetegnet ved at patienten typisk har haft en livslang kontakt til kommunale støttetilbud og evt. også det psykiatriske behandlingstilbud.

### **2.4 Højt specialiseret tilbud for udviklingshæmmede med samtidig sindslidelse**

Hvis patienten har særligt komplicerede psykiske sygdomme, henvises til behandling ved den højt specialiserede funktion for udviklingshæmmede med samtidig sindslidelse i Region Hovedstaden. Se bilag 1 for en nærmere beskrivelse af målgruppekriterierne for behandling ved den højt specialiserede funktion.

## 2.5 Nøglepersoner

### 2.5.1 Kontaktperson til patienten

Hver kommune foranstalter, at der udpeges en fast kontaktperson for hver enkel oligofren borger med en sindslidelse. Dette kan ske via kommunens sociale tilbud. Hvis den oligofrene borger med en sindslidelse ikke er tilknyttet kommunen, benyttes værge/pårørende som kontaktperson.

En fast kontaktperson sikrer vidensopbygning omkring indsatsen for den oligofrene borger, hvilket giver styrket faglighed i det kommunale tilbud og kan bidrage med at viderebringe og koordinere nødvendige informationer om de aktuelle borgere.

En fast kontaktperson modtager skriftlige vejledninger fra oligofreniteamet om medicinforbrug og tilsvarende observationsområder. Desuden koordinerer den faste kontaktperson besøg fra oligofreniteamet og deltager i møder mellem det sociale tilbud og psykiatrien

Det betyder at det sociale tilbud via kontaktpersonen er medansvarlig for, at der opbygges viden om den oligofrene borger med en sindslidelse og er medansvarlig for, at der etableres "bro mellem det sociale tilbud og regionens team for oligofreni.

### 2.5.2 Kommunal koordinator

Derudover udpeger hver kommune en overordnet oligofrenikoordinator, der har til opgave at samle og opbygge en generel viden om oligofreni, som kan styrke kommunen internt og koordinere indsatsen i egen kommune og med behandlingspsykiatrien.

## 3 Patientforløbet – kommunikation og fremgangsmåde

### 3.1. Kommunikation

For i størst muligt omfang at forhindre, at der opstår misforståelser i kommunikationen mellem psykiatrien og det kommunale støttepersonale om den samlede behandlings- og støtteindsats udveksles de nedenstående informationer skriftligt. Den skriftlige kommunikation suppleres med mundtlig videregivelse af oplysninger – f.eks. ved samarbejds- eller netværksmøder og udskrivningskonferencer i fornødent omfang.

#### 3.1.1. Samtykke

Al videregivelse af personlige oplysninger mellem myndighederne sker efter de gældende regler for indhentelse af patientens samtykke hertil.

#### 3.1.2. Fremgangsmåde:

##### Henvisning:

##### Fra støttetilbud til praktiserende læge:

Ved henvendelse fra et støttetilbud til praktiserende læge med henblik på vurdering af et udviklingshæmmet menneske med samtidig sindslidelse, giver støttetilbuddet i muligt omfang følgende oplysninger til den praktiserende læge:

- Ændret adfærd: dokumentation af ændret adfærd: starttidspunkt, varighed, hyppighed, kontekst mv.
- Somatiske observationer
- Medicin
- Livshistorie
- Ændringer i patientens fysiske miljø: f.eks. flytning eller lignende
- Ændringer i patientens sociale miljø: skift i personale eller andre lign hændelser / ændringer
- Navn og evt. kontaktinfo på nærmeste pårørende

- Information om værge, herunder om patienten er umyndiggjort

#### Fra praktiserende læge til oligofrenipsykiatri

Ved henvisning til oligofrenipsykiatrien anvendes den sædvanlige henvisningsskabelon for psykiatrien, suppleret med ovenstående oplysninger fra det kommunale tilbud

#### **Overlevering af informationer under og efter behandling**

*Fra oligofrenipsykiatri til kommunalt tilbud og praktiserende læge:*

Under det ambulante behandlingsforløb er det væsentligt for tilrettelæggelsen af støtteindsatsen for det udviklingshæmmede menneske med en sindslidelse, at oligofrenipsykiatrien sikrer, at personalet tilknyttet støttetilbuddet ved, hvilke særlige informationer, der er væsentlige for tilrettelæggelsen af det videre behandlingsforløb. Samtidig skal oligofrenipsykiatrien gøre opmærksom på, hvilke særlige kendetegn der kan være for den aktuelle behandling, f.eks. bivirkninger fra medicin, mv.

Oligofrenipsykiatrien skal sikre, at støttetilbuddet har kendskab til:

- Hvilke forventninger der er til behandlingseffekt
- Hvordan kan tilbuddet bedst støtte patienten
- Hvilke symptomer er forbundet med diagnosen
- Hvad skal det personalet være særlig opmærksom på – ændringer i adfærd og lignende
- Hvad er den forventede virkningstid af evt. medicin
- Hvilke bivirkninger er almindelige ved medicinen – både fysiske og psykiske bivirkninger
- I hvilke situationer anbefales kontakt til egen læge/oligofrenipsykiatrien
- Kontaktpersoner i psykiatrien – med kontaktoplysninger

Oplysningerne sendes også til egen læge

#### **Ved afslutning af patient fra oligofrenipsykiatrien**

Ved afslutning af et patientforløb i oligofrenipsykiatrien gives de samme oplysninger til støttetilbuddet, som under behandlingsforløbet – se ovenfor.

Oplysninger suppleres med hvilke symptomer, der bør lede til genhenvisning, samt med hvilken information genhenvisningen bør ske.

Informationen fremsendes til støttetilbuddet senest en uge efter patienten er afsluttet i behandling.

Genhenvisning til oligofrenipsykiatrien skal ske via egen læge, med mindre andet er aftalt mellem oligofrenipsykiatri, kommune og praktiserende læge ved afslutning af patientforløbet i oligofrenipsykiatrien.

#### **Netværksmøder**

Det kommunale støttetilbud indkalder efter aftale med oligofrenipsykiatrien til netværksmøde og sikrer deltagelse af de relevante personer, herunder borgerens kontaktperson/kommunens/tilbuddets oligofrenikontaktperson.

Indkaldelse skal ske med mindst 1 uges varsel, således at deltagerne har mulighed for at lave en tværfaglig forberedelse inden afholdelse af netværksmødet.

#### **Indlæggelse**

Ved indlæggelse af en oligofrenipatient, skal den indlæggende afdeling give direkte besked til optagelsesrådets oligofreniteam. Det er essentielt for en god koordinering af forløbet, at indlæggende afdeling indhenter de nødvendige informationer i forbindelse med indlæggelsen og tilsvarende videregiver al relevant information, samt varsling til teamet, når patienten udskrives.

*Kontakt fra indlæggende afdeling i psykiatrien til kommunen*

Patientens kontaktsygeplejerske kontakter det kommunale tilbud Ved indlæggelsen aftales, hvem i kommunen der skal kontaktes. Kommunale tilbud gives samme oplysninger som ifølge afsnittet vedrørende "under og efter behandlingsforløb". Se ovenfor.

#### **Kontakt til psykiatrisk /somatisk akutmodtagelse**

Såfremt et udviklingshæmmet menneske med en sindslidelse tilses eller behandles på somatisk- eller psykiatrisk akutmodtagelse, sikrer personalet på akutmodtagelsen, at der gives besked om undersøgelsen/behandlingen til optageområdets oligofreniteam, samt til praktiserende læge.

#### **4. Inddragelse af nærmeste pårørende og netværk**

Som beskrevet i den regionale samarbejdsaftale for psykiatrien, er det væsentligt for et godt patientforløb at inddrage familie og netværk i behandlings- og støtte indsatsen. Dette gør sig i særlig grad gældende for indsatsen for det udviklingshæmmede menneske med en sindslidelse, idet vedkommende grundet sin tilstand kan have særligt svært ved at fortælle om sin situation eller modtage oplysninger vedr. behandlings- og støtteindsatsen. Det udviklingshæmmede menneske med en sindslidelse er derfor i udstrakt grad afhængig af at andre nærtstående, med indgående viden om personen, bidrager til at sikre en korrekt beskrivelse af vedkommendes situation.

En forudsætning for, at forældremyndighedsindehaveren, nærmeste pårørende eller værger, kan varetage den varigt inhabile patients interesser er, at de kan orienteres om patientens helbreds-tilstand. Eftersom disse personer indtræder i patientens rettigheder efter sundhedsloven og dermed patientens interesser, kræver det ikke patientens samtykke for, at der kan videregives helbreds-oplysninger til disse personer

#### **5 Habilitet**

Patienten skal have kendskab til konsekvenserne af behandlingen og give sit samtykke hertil, for at denne må sættes i gang. Alternativt kræver igangsættelse af behandling forældre/pårørende/værges tilladelse til behandling.

Hvis patienten ikke er i stand til at give sit samtykke og der er tale om en varig tilstand, er patienten varigt inhabil. Når en varigt inhabil patient er fyldt 18 år, kan de *nærmeste pårørende* give informeret samtykke til behandlingen.

Hvis patienten er under *værgemål*, der omfatter personlige forhold herunder helbredsforhold, kan værger give informeret samtykke til, at behandlingen må foretages

I de tilfælde, hvor patienten ikke har nogle nærmeste pårørende eller værger, er der alligevel mulighed for at starte en behandling, men reglerne herfor afhænger af karakteren af indgrebet og hvor meget det haster at behandle.

#### **6 Anvendelse af tvang**

Patienternes selvbestemmelsesret må ikke bortfalde i større udstrækning, end der er grundlag for. Derfor skal patienten informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, i det omfang patienten forstår behandlingssituationen. Tilkendegivelserne skal tillægges betydning i det omfang de er aktuelle, relevante og ikke er til skade for patienten. Dette gælder også tidligere udtrykte ønsker fra patienten.

Dog gælder det, at hvis patienten i ord eller handling tilkendegiver, at vedkommende *ikke vil behandles*, er der uanset samtykke fra nærmeste pårørende eller værger, ikke mulighed for at gennemføre behandlingen, medmindre betingelserne i psykiatriloven er opfyldt. Den sociale lovgivning giver ikke mulighed for at behandle varigt inhabile patienter med tvang.

Ved vurderingen af, om patienten aktivt frasiger sig en behandling, skal patientens tarv, tilstand og øvrige adfærdsmønstre tages med i betragtning. Adfærd, ytringer og evt. inkonsistent adfærd skal noteres i journalen og kan danne baggrund for behandling.

## **7. Tilgængelighed i oligofrenipsykiatri**

### **7.1 Telefonisk tilgængelighed**

Psykiatriens oligofreniteams sikrer, at der er fast telefonisk tilgængelighed for samarbejdspartnerne inden for et givent tidsinterval, minimum ugentligt, for på denne måde at kunne stå til rådighed for rådgivning og vejledning vedr. patienter i aktuel behandling, eller til rådgivning og vejledning af praktiserende læger ved spørgsmål i forbindelse med henvisning.

Uden for træffetid og ved ferie og lignende, sikrer psykiatriens oligofreniteam, at der henvises til andre relevante behandlingstilbud i psykiatrien, f.eks. psykiatrisk skadestue eller en psykiatrisk afdeling.

### **7.2 Informationsmateriale om psykiatriens oligofrenibehandling**

Psykiatriens oligofreniteams sikrer, at der er tilgængeligt informationsmateriale om behandlingstilbuddet til patienter, pårørende og personale ved de kommunale og regionale støttetilbud.

Informationsmaterialet kan f.eks. indeholde oplysninger om udredningsforløbet, tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet, kontaktinformationer, generel oplysning om oligofrenipsykiatri mv.

Informationsmaterialet kan f.eks. være tilgængeligt via PsykInfo, regionens hjemmeside, VisInfoSyd, og andre relevante kanaler.

### **7.3 Faglig sparring/konsulentvirksomhed**

Psykiatriens oligofreniteams står til rådighed med ikke-patient relateret faglig sparring og rådgivning jf. de overordnede regler for regionens rådgivningsforpligtelse overfor kommunerne. Derudover har kommunerne mulighed for at rekvirere rådgivning og vejledning omkring tilrettelæggelsen af støttetilbuddet for udviklingshæmmede med en sindslidelse efter konkret aftale med oligofreniteamet.

## **8. Implementering**

Alle medvirkende parter forpligter sig til at implementere samarbejdsaftalen i sin helhed, således at den bliver en understøttelse af behandlingen og koordineringen mellem sektorerne. Dette indebærer, at aftalen anvendes både i konkrete sagsforløb og ligeledes i den løbende dialog mellem parterne.

### **Implementeringsplan**

**Januar 2014:** Udkast til aftale sendes via Det Administrative Kontaktforum i høring

**Januar/februar 2014:** Høringsperiode

**Marts 2014:** Endeligt aftaleudkast forelægges Det Administrative Kontaktforum med henblik på godkendelse

**Maj 2014:** Aftaleudkast forelægges Sundhedskoordinationsudvalget med henblik på godkendelse

**Maj/juni 2014:** Aftalen implementeres via de psykiatriske samordningsfora og formidles herfra videre til relevante parter

**Maj/juni 2015:** Evaluering via de psykiatriske samordningsfora

**Juni 2015:** Eventuelt revidering af samarbejdsaftalen på baggrund af evaluering