



Afrapportering fra arbejdsgruppe

**Den fremtidige organisering af den psykiatriske
behandling af patienter med udviklingshæmning og
psykiske lidelser i Region Midtjylland**

Dato 20-04-2010
Elisabeth Brix Westergaard
Tel. +45 8728 4216
Elisabeth.Westergaard@PS.RM.DK
1-30-74-9-09

Indholdsfortegnelse

Forord	5
1. Baggrund	6
2. Hvad er oligofrenipsykiatri?	7
3. Aktuel status på de nuværende oligofrenitilbud i Region Midtjylland	8
3.1 Oligofreniklinikken, Risskov	8
3.2 Oligofreniteamet, Herning	8
3.3 Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning	9
4. Den nuværende målgruppe	10
5. Hyppighed af psykiatriske sygdomme hos mennesker med udviklingshæmning	11
5.1 Antallet af mennesker med udviklingshæmning i Danmark	11
5.2 Hyppighed af sindslidelser hos mennesker med udviklingshæmning	12
5.3 Konklusion	13
6. Aktivitetsdata for oligofreniområdet	14
6.1 Ventetider på behandling i Oligofreniklinikken	15
2. del: Den fremtidige organisering af oligofreniindsatsen i Region Midtjylland	16
7. Fagligt indhold	16
7.1 Anden behandling	17
8. Screeningsredskaber med henblik på at undersøge, hvilke brugere med udviklingshæmning, der har brug for psykiatrisk udredning og behandling	18
9. Forsknings- og udviklingsinitiativer	19
10. Den fremtidige organisering af den regionale oligofreniindsats i Region Midtjylland	20
10.1 Behovet for sengepladser på oligofreniområdet	22
11. Samarbejdsmodeller, der kan sikre, at de begrænsede speciallægeressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt, herunder samarbejdet mellem de almenpraktiserende læger og socialområdet i forbindelse med henvisning til regionspsykiatrien/oligofrenibehandling	23
11.1 Samarbejdet med de almenpraktiserende læger	23
11.1.1. Henvisningsvejledning/Praksis.dk:	23
11.1.2. Shared care-model:	24
11.1.3 De særligt interesserede almenpraktiserende læger – "huslæger":	26
11.2 Samarbejdet med kommunerne	26
11.3 Sundhedsaftale	27
12. Rekruttering og kompetencer	29

12.1	Initiativer for at få flere psykiatere og andre faggrupper til at interessere sig for og arbejde med psykisk sygdom hos mennesker med psykisk udviklingshæmning	29
12.2	Målrettet kompetenceudvikling for psykologer og distriktssygeplejersker, så de under ansvar af en psykiater kan udføre og overtage nogle af de kliniske opgaver, som psykiatere udfører i dag	30
13.	Generel efteruddannelse af personalet, som arbejder med udviklingshæmmede med psykisk sygdom.....	31
14.	Rapportens anbefalinger - sammenfatning	32
15.	Bilag	38

Forord

Psykiatri- og socialledelsen drøftede første gang arbejdsgruppens rapport på møde d. 9. marts 2010. Man besluttede her, at rapporten skulle sendes til høring i afdelingsledelseskredsen og centerledelsen.

På den baggrund har psykiatri- og socialledelsen modtaget en række bemærkninger/forslag, som her gives en tilbagemelding på.

Arbejdsgruppen blev i sin tid nedsat til at udmønte psykiatriplanens beslutninger, som kun vedrører oligofrenibehandlingen på voksenområdet. Intentionen har hele tiden været, at behandlingen af børn og unge med udviklingshæmning og psykisk sygdom fortsat skulle ske i regi af Børne- og ungdomspsykiatrisk Center. Derfor vedrører rapportens anbefalinger kun den fremtidige organisering af voksne patienter med udviklingshæmning og psykiske lidelser.

Med beslutningen om at etablere én enhed for oligofrenibehandling i Århus Universitets-hospital, Risskov med en satellit i Herning, som kun er bemandet med sygeplejersker, er der lagt op til, at den fremtidige lægedækning af funktionen kun skal ske fra Oligofreniklinikken i Risskov.

Da patienter med udviklingshæmning og psykisk sygdom fortsat vil være indlagt i sengeafsnit i hovedfunktionen, er det en vigtig funktion, at medarbejdere i Oligofreniklinikken har en vejledende/rådgivende funktion i forhold til medarbejdere og behandlere i hovedfunktionen. En opgave, der følger naturligt af den fremtidige funktion som regions- og højt specialiseret funktion.

For at understøtte en vellykket implementering af de foreslåede shared care-modeller på oligofreniområdet vil det være af betydning også at kunne tilbyde observationsforløb/-introduktionsforløb i oligofreniområdet til læger, som er under uddannelse til almenpraktiserende læger.

Med venlig hilsen

Psykiatri- og socialledelsen

1. Baggrund

Med Psykiatriplanen fra april 2008 er der truffet beslutning om følgende:

"Blandt psykiske udviklingshæmmede optræder psykiske forstyrrelser med langt større hyppighed end i normalbefolkningen. Jo sværere udviklingshæmning, jo større er sandsynligheden for en psykisk sygdom. Blandt udviklingshæmmede har cirka halvdelen af beboerne i boformer adfærdsforstyrrelser eller egentlige psykiske sygdomme.

Indsatsen på oligofreniområdet bør styrkes, herunder gennem øgede muligheder for forskningsstillinger på området. Derudover skal indsatsen ske i samarbejde med praktiserende læger, kommuner og botilbud. Indsatsen bør i høj grad basere sig på vidensdeling og vidensspredning om området til relevante medarbejdere i kommunalt regi og på bo- og dagtilbud. Vidensdeling og vidensspredning skal ske på et niveau, så pædagogisk personale tæt på patienten kan håndtere "dagligdagens" indsats overfor gruppen. De specialiserede lægefaglige ressourcer på området skal hovedsageligt reserveres til komplicerede udredninger i enkelt sager.

Center for Oligofrenipsykiatri i Århus vil være omdrejningspunkt for oligofrenipsykiatrien. Det eksisterende oligofreniteam i Herning knyttes til centret, ligesom der under centret oprettes et oligofreniteam i Horsens."

Regionsrådet i Region Midtjylland havde i sidste valgperiode nedsat et midlertidigt udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed. Udvalget har i en rapport fra 30. marts 2009 præsenteret en række anbefalinger om forebyggelse og behandling inden for en række områder, herunder for psykisk sygdom hos mennesker med psykisk udviklingshæmning.

Udvalget anbefaler:

- *at der igangsættes en målrettet kompetenceudvikling for psykologer og distriktssygeplejersker, så de under ansvar af en psykiater kan udføre og overtage nogle af de kliniske opgaver, som psykiatere udfører i dag*
- *at der arbejdes på at få flere psykiatere til at interessere sig for og arbejde med psykisk sygdom hos psykisk udviklingshæmmede*
- *at der sættes gang i en generel efteruddannelse af personalet, som arbejder med udviklingshæmmede med psykisk sygdom*
- *at der udvikles et screeningsredskab/et skema, som kan anvendes af institutionspersonale som hjælp til at afgøre, om en beboer bør henvises til psykiatrisk undersøgelse. Screeningsmetoden afprøves som et pilotprojekt på to af Region Midtjyllands bosteder, som har udviklingshæmmede beboere med henblik på en eventuel senere udbredelse.*

Manglen på speciallæger på området er meget alvorlig, og det er nødvendigt med ekstraordinære initiativer for at fremtidssikre funktionen og fastholde den særlige viden, som er opbygget inden for området.

Psykiatri- og socialledelsen besluttede på den baggrund at nedsætte en arbejdsgruppe, hvis formål var:

- *at komme med forslag til, hvordan den nødvendige udredning og behandling kan sikres i Region Midtjylland. I forslaget indarbejdes anbefalingerne fra det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed.*

Arbejdsgruppens opgaver var formuleret således:

- Udarbejdelse af forslag til den fremtidige organisering af indsatsen på oligofreniområdet i Region Midtjylland. Et forslag, som
 - sikrer den fremtidige indsats på oligofreniområdet
 - indeholder forslag til, hvordan området bliver fagligt attraktivt og styrker rekrutteringen til området
 - sikrer en adgang til nødvendig udredning og behandling i hele Region Midtjylland
 - kommer med forslag til, hvordan de begrænsede specialiserede lægefaglige ressourcer bruges bedst muligt, herunder hvilken betydning dette vil få for organiseringen af samarbejdet med egen læge, kommuner og botilbud
 - kommer med forslag til, hvordan vidensdeling og vidensspredning kan organiseres, således at den kommer de medarbejdere til gavn, som er tættest på de udviklingshæmmede borgere i hverdagen.

Kommissorium med oversigt over deltagere i arbejdsgruppen er vedlagt som bilag 1.

2. Hvad er oligofrenipsykiatri?

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

I dag er den mere formelle betegnelse for personer med udviklingshæmning er ifølge Lov om social service "personer med varig og betydelig nedsat funktionsevne". Betegnelsen afløser det, der tidligere ifølge bistandsloven hed "personer med vidtgående psykisk/fysisk handicap".

Definitioner på udviklingshæmning:

I WHO's diagnoseliste ICD-10, der har været brugt i Danmark siden 1994, defineres udviklingshæmning som "en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder".

Udviklingshæmning inddeles i fire sværhedsgrader, der i store træk svarer til de tidligere anvendte diagnoser debilitet, let og svær imbecilitet og idioti:

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

Oligofrenipsykiatri er behandlingen af mennesker med udviklingshæmning og psykiatriske lidelser. Jo sværere grad af udviklingshæmning den enkelte patient har, jo større krav stilles

der til en specialiseret viden hos både behandlere og de medarbejdere, som er omkring den enkelte patient/borger i dagligdagen.

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

3. Aktuel status på de nuværende oligofrenitilbud i Region Midtjylland

Region Midtjyllands nuværende behandlingstilbud til mennesker med udviklingshæmning og psykiatriske lidelser består af Oligofreniklinikken, Risskov og Oligofreniteamet i Herning.

Både Oligofreniklinikken og Oligofreniteamet varetager ambulant psykiatrisk udredning og behandling af mennesker med udviklingshæmning og psykisk sygdom. Desuden varetager begge enheder vejledning, supervision og undervisning af medarbejderne i de sociale tilbud. Oligofreniklinikken udgør sammen med Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning Center for oligofrenipsykiatri.

3.1 Oligofreniklinikken, Risskov

Status pr. 31. december 2009 er, at der i Oligofreniklinikken, Risskov er ansat:

- 1 overlæge, som er leder af klinikken. Overlægens tid er delt med 65 % til Oligofreniklinikken og 35 % til Videnscentret.
- 1 afdelingslæge er lige gået på pension, men er efterfølgende ansat som konsulent 6 timer pr. uge.
- Der er pr. 16. august 2009 ansat en erfaren psykiatrisk sygeplejerske.
- 1½ sekretærer/administrative ressourcer.
- 1 administrativ medarbejder i flex-job 37 timer.

Desuden leverer psykologer, der er ansat i Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning, samtalebehandling til mennesker med udviklingshæmning. Der er aftalt 300 psykologtimer pr. år til udrednings- og behandlingsopgaver.

Budgettet for Oligofreniklinikken er for 2010 kr. 1.160.000¹.

3.2 Oligofreniteamet, Herning

I Oligofreni-teamet i Herning er der:

- 1 sygeplejerske ansat på fuld tid
- 3 overlægetimer pr. uge.

Tidligere var der tilknyttet en pædagogisk konsulent i 3 timer pr. uge. Denne pædagogiske konsulent var i opstartsperioden projektfansieret og blev senere finansieret af én af

¹ Der er sket en reduktion af budgettet fra 2009 til 2010, fordi ½ overlægestilling (kr. 431.000) regnskabsteknisk er fjernet fra klinikkens budget.

kommunerne i optageområdet. Den kommunale medfinansiering er efterfølgende ophørt, og dermed også ordningen med en tilknyttet pædagogisk konsulent.

Budgettet for Oligofreniteamet var i 2009 kr. 553.725 – det er inkl. løn til sygeplejerske, lægekonsulent, kursus og kørsel.

Der er et tæt fagligt samarbejde mellem Oligofreniteamet og Oligofreniklinikken. Der afholdes kvartalsvise netværksmøder, hvor der også deltager medarbejdere på oligofreniområdet både fra Region Syddanmark og fra Sølund i Skanderborg.

3.3 Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning driver landsdækkende virksomhed. Centret varetager en række forskellige opgaver i forhold til mennesker med udviklingshæmning og personalegrupperne omkring dem; pædagoger, psykologer, lærere og andre involverede fagpersoner. Videnscentret tilbyder:

- Psykoterapeutiske samtaleforløb med mennesker med udviklingshæmning, både som en del af behandlingen og som indtægtsdækket virksomhed.
- Supervision individuelt eller i grupper.
- Kurser og temadage.
- Udredning og test i forhold til f.eks. visitation til beskæftigelses- og botilbud eller pædagogisk arbejde.
- Konsulentopgaver i forhold til særlige problemstillinger, personalegrupper, offentlige institutioner eller ekspertnetværk.

Af andre af Videnscentrets opgaver kan nævnes:

- Vidensformidling om psykiske sygdomme og udviklingshæmning – Videnscentret udgiver f.eks. VIPU, Viden om psykiatri og udviklingshæmning, som udkommer 4 gange om året.
- Igangsættelse af forskningsprojekter.
- Indgår i samarbejde om udviklingsprojekter.
- Kvalificeret og målrettet litteratursøgning.
- Overblik over relevant forskningen i forhold til området.

Videnscentret for udvikling og psykiatri drives dels på en bevilling fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, dels som indtægtsdækket virksomhed.

Bevillingen fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udløber med udgangen af 2010. Det betyder, at der skal tages stilling til, hvordan Videnscentret for Psykiatri og Udviklingshæmning skal videreføres.

Der er stor efterspørgsel efter og tilfredshed med Videnscentrets ydelser, både fra kommuner og regionale tilbud, og centret nyder stor national og international anerkendelse – dels som videnscenter, dels for sine forskningsmæssige aktiviteter. Arbejdsgruppen finder det derfor væsentligt, at der findes en løsning for en fremtidig finansiering af Videnscentrets drift.

Arbejdsgruppen anbefaler her:

- at der rettes henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på en afklaring af mulighederne for en fremtidig finansiering.

4. Den nuværende målgruppe

Den nuværende målgruppe for oligofrenitilbuddene er defineret som:

- IQ på < 70
- ikke senhjerneskadede (dvs. ikke efter 3-4 års alderen)
- nyhenviste fra 18 år (fra 21. år – overflyttet fra børne- og ungdomspsykiatrien) og derover.

Både Oligofreniklinikken og –teamet oplever at få henvist en del patienter, som har en IQ over 70, men når patienterne i henvisningerne er beskrevet som ordblinde, har fået specialundervisning eller beskrives som "mindre/tungt begavede", resulterer det ofte i en viderehenvisning til oligofrenifunktionerne fra både børne- og ungdomspsykiatrien, distriktspsykiatrien og specialklinikkerne.

Oligofreniklinikken i Risskov har oplevet at få børn henvist helt ned til 12-årsalderen. Begge funktioner har den erfaring, at børn med andre udviklingsforstyrrelser, f.eks. ADHD eller autisme, kan virke, som om de har en lav IQ, uden at det nødvendigvis er tilfældet. Det betyder, at disse børn bliver opfattet som udviklingshæmmede uden at være det.

Oligofreniteamet i Herning har valgt at sige, at senhjerneskadede ikke tilhører målgruppen for teamet, mens man i Risskov i et vist omfang behandler patienter med senhjerneskade. I forbindelse med afgrænsningen af målgruppen, er det meget svært at sætte en skarp grænse ved en IQ på 70, da svære adfærdsforstyrrelser og meget komplekse livsvilkår kan have væsentlig indflydelse på den enkeltes funktionsniveau.

I forbindelse med mentalundersøgelser af sigtede, som vurderes måske at have en udviklingshæmning og dermed at være uegnede til straf, ses det ind imellem, at den sigtede intellektuelt set er relativt velfungerende, at vedkommende befinder sig i den nederste del af normalområdet og måske har en anden mental vanskelighed. Men at vedkommende har en række andre problemer, der giver sig udslag i en meget problematisk adfærd. Det kan dreje sig om omsorgssvigt, stofmisbrug, karakterafvigende træk, emotionelle vanskeligheder, mv. Derfor bliver personen i en samlet vurdering ligestillet med personer med udviklingshæmning².

Derfor vil der være enkelte patienter på kanten af målgruppen, som har behov for den særlige udredning og behandling, som finder sted i oligofrenifunktionerne. Bilag 2 viser eksempler på patienter, som iflg. en stram definition af målgruppen og på grund af den meget begrænsede behandlerkapacitet må afvises, men som tidligere har været tilbudt behandling i Oligofreniklinikken,

Set i lyset af den fremtidige rekrutteringssituation, den udvidede behandlingsret og en forventning om, at antallet af mennesker med udviklingshæmning og psykiatriske lidelser ikke vil være faldende, herunder en forventning om, at antallet af domfældte med et psykiatrisk behandlingsbehov vil være stigende, mener arbejdsgruppen ikke, der er basis for at udvide målgruppen, men derimod at søge at fastholde den definerede målgruppe. Der er dog også i arbejdsgruppen en erkendelse af, at der findes patienter med gråzone-problematikker, hvor det kan være nødvendigt at inddrage oligofrenibehandlernes særlige ekspertise.

² Fra udkast til rapport: Domfældte udviklingshæmmede – udfordringer og løsninger. En rapport udarbejdet af danske Regioner 2010

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at den primære målgruppe for oligofrenifunktionen fastholdes.
- at der laves en målrettet indsats for, at alle de patienter, som ikke er i den primære målgruppe, får det relevante behandlingstilbud, hvor de hører til (at ingen patienter falder mellem 2 stole).

5. Hyppighed af psykiatriske sygdomme hos mennesker med udviklingshæmning

Det er meget vanskeligt at sige noget om hyppigheden af psykisk sygdom hos mennesker med udviklingshæmning, eller blot hvor mange mennesker med udviklingshæmning, der er i Danmark. Men det vides med sikkerhed, at blandt mennesker med udviklingshæmning optræder psykiatriske sygdomme med langt større hyppighed end i normalbefolkningen. Jo sværere udviklingshæmning, jo større er sandsynligheden for en psykisk sygdom.

Der findes ingen opgørelse over andelen af mennesker med udviklingshæmning (oligofreni) i Danmark, der også har psykisk sygdom, men enkelte, mindre undersøgelser peger på, at hyppigheden af psykisk sygdom hos mennesker med udviklingshæmning er stor. Det skønnes, at ca. halvdelen af de udviklingshæmmede beboere i boformer har adfærdsforstyrrelser eller egentlige psykiske sygdomme.

5.1 Antallet af mennesker med udviklingshæmning i Danmark

Center for oligofrenipsykiatri har i sin årsrapport for 2009 lavet en beregning³ af, hvor mange mennesker med udviklingshæmning, der er i Danmark, og har foretaget en fremskrivning af antallet fordelt på aldersgrupper – se tabel 1.

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

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

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

Som det fremgår af tabellen viser fremskrivningen frem til 2040, at antallet af mennesker med udviklingshæmning vil være næsten uændret i gruppen 0 – 40 år, mens der vil være et mindre

³ Beregnet af Videnscentret på baggrund af Danmarks Statistiks Folketal og Befolkningsfremskrivning 2009-2050 og prævalenstal for udviklingshæmmede fordelt på aldersgrupper fra det hollandske National Case Register (Maaskant, Marian A., Gevers, Jan P.M., Wierda, Henk: Mortality and Life Expectancy in Dutch Residential Centres for Individuals with Intellectual Disability, 1991-1995). (*Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2002, 15, 200-212. Den hollandske undersøgelse er overensstemmende med den finske undersøgelse: Patja, K., Livanainen, M, Vesala, H, Oksanen, H, Ruoppila, I: Life Expectancy of people with Intellectual Disability. (*J. Int. Dis. Res*,2000, 44, 591-9

fald i antallet i gruppen 40 – 64 år, men en markant stigning i gruppen af ældre (65 år og opefter) med udviklingshæmning.

5.2 Hyppighed af sindslidelser hos mennesker med udviklingshæmning

Det er heller ikke muligt at sige noget entydigt om hyppigheden af psykisk sygdom hos mennesker med udviklingshæmning. Der har været lavet en række mindre – ikke umiddelbart sammenlignelige – undersøgelser. F.eks. viser en undersøgelse foretaget i 1998 af Oligofreniklinikken i Risskov blandt 60 beboere med svær udviklingshæmning på Sølund og Sødisebakke, at 45 eller 75 % af beboerne havde en psykisk lidelse. Flere af beboerne havde mere end en lidelse.

I 2008 undersøgte Oligofreniklinikken, Risskov 45 brugere af den kommunale bostøtte i Århus Kommune. Undersøgelsen viste, at 22 ud af 45 mennesker med let til moderat udviklingshæmning havde en psykiatrisk diagnose, ca. 10 % mere end en diagnose. Opgørelsen derfra viser ydermere, at ud af 22 undersøgte med psykiatrisk diagnose, var blot 41 % i passende behandling. Undersøgelsen viser altså, at behandlingen i forhold til 13 ud af 22 undersøgte med psykiatrisk diagnose ikke var optimal, hvilket har stor betydning for den enkeltes trivsel. Den utilstrækkelige behandling af den psykiatriske lidelse kan have indflydelse på behovet for bostøtte og pædagogisk tilgang.

Tabel 2 viser en samlet oversigt over, hvordan diagnoserne fordelte sig i de to undersøgte grupper.

Tabel 2: Andel af hhv. 45 brugere med let til moderat udviklingshæmning og 60 beboere med svær udviklingshæmning, diagnosticeret med psykisk forstyrrelse:

	Let til moderat udviklingshæmmede	Svært udviklingshæmmede
Psykisk forstyrrelse	Andel i %	Andel i %
Angst	20,0	36,7
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser	-	10,0
Mani	0,0	0,0
Depression	18,0	18,3
Selvskadende	-	16,7
Spiseforstyrrelse	-	20,0
Tvangslidelser	0,0	-
Psykosier	4,0	-
Flere diagnoser	9,0	-
Ingen diagnose	51,0	25,0

Som det fremgår af tabel 2, er disse to opgørelser ikke umiddelbart sammenlignelige, men der spores en klar tendens til, at andelen med psykisk forstyrrelse stiger proportionalt med graden af udviklingshæmning.

Tidligere undersøgelser peger i retningen af, at mellem en tredjedel og halvdelen af alle mennesker med udviklingshæmning samtidig har en psykisk lidelse. F.eks. Lund (u. å.)⁴, der

⁴ Lund, J.: Psykiatriske aspekter ved mental retardering. Institut for psykiatrisk demografi. Risskov (u.å).

med anvendelse af anerkendte diagnostiske kriterier undersøgte en gruppe mennesker med udviklingshæmning, der var repræsentativ for dem, der i 1980 var under den nu nedlagte forsorg, og fandt, at ca. 30 % havde en psykisk sygdom eller adfærdsforstyrrelse.

En sammenlignelig svensk undersøgelse (Göstason 1985)⁵ viste, at det tilsvarende tal var 34 %. Blandt mennesker med udviklingshæmning med en IQ under ca. 50 forekom psykiske lidelser dobbelt så hyppigt som hos de debile (IQ over 52). Blandt beboere med udviklingshæmning i døgninstitutioner havde mere end halvdelen en psykiatrisk sygdom eller forstyrrelse.

På Sølund, Skanderborg Kommune, som er et specialiseret botilbud for voksne med udviklingshæmning, får 180 ud af 235 beboere psykiatrisk behandling, heraf vurderes de 150 af beboerne at skulle behandles af en psykiater⁶. Derudover er der ca. 130 andre voksne med udviklingshæmning i botilbud i Skanderborg Kommune, hvoraf de ca. 50 får eller har behov for psykiatrisk behandling⁷.

Generelt forventes det, at antallet af mennesker med udviklingshæmning og behov for psykiatrisk behandling vil være stigende. Dels lever mennesker med udviklingshæmning stadig længere end tidligere. Dels har der været en betydelig stigning i gruppen af mennesker med udviklingshæmning, som får en dom⁸. En gruppe som ofte har væsentlige andre problemer end bare udviklingshæmningen – ofte psykiatriske problematikker, hvor der er et stigende behov for psykiatrisk udredning og behandling.

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

5.3 Konklusion

Det betyder, at der i Region Midtjylland nu vil være mellem 750 og 1125 voksne med udviklingshæmning, der har brug for et specialiseret behandlingstilbud i de regionale oligofrenifunktioner.

Antallet vil være stigende - dels på grund af stigningen i antallet af mennesker med udviklingshæmning, dels mest på grund af stigningen i antallet af ældre med udviklingshæmning (tabel 2).

⁵ Göstason, R.: Psychiatric illness among the mentally retarded. Acta psychiat. Scand. Suppl. 318 (1985)

⁶ I øjeblikket behandles alle beboere på Sølund med behov for ambulant psykiatrisk behandling af en speciallægekonsulent i psykiatri, som er tilknyttet Sølund.

⁷ Kilde: Psykiatrisk speciallægekonsulent, Sølund

⁸ Indsæt tal fra rapporten

6. Aktivitetsdata for oligofreniområdet

Nedenstående tabel viser aktivitetsniveauet på oligofreniområdet i Region Midtjylland i perioden 2007 – 2009. Aktivitetstallene er trukket d. 17. februar 2010.

Enhed	2007 i alt	2008 i alt	2009 i alt
Oligofreniteamet Herning			
- Antal unikke cpr. i behandling	32	67	88
- Amb. besøg (AAF22)	29	12	12
- Amb. hjemmebesøg (AAF6)	89	172	260
- Individuel psykoterapi (BRSP1)	-	-	-
- Institutionsbesøg (AAF83)	8	6	1
- Udebesøg (AAF7)	-	-	4
- Telefonkontakter (BVAA33A)	42	37	70
- Netværksmøder (BVAW2)	14	30	51
- Samtal med forældre (BVAA97)	-	-	-
- Samtale pårørende (BVAA5)	3	4	24
- Kontakt med anden myndighed (BVAW1)	4	7	24
Samlede antal ydelser	188	268	446
Oligofreniklinikken Risskov			
- Antal cpr. i behandling	346	299	330
- Amb. besøg (AAF22)	164	449	567
- Amb. hjemmebesøg (AAF6)	608	497	162
- Individuel psykoterapi (BRSP1)	-	-	288
- Institutionsbesøg (AAF83)	3	-	4
- Udebesøg (AAF7)	-	-	-
- Telefonkontakter (BVAA33A)	220	232	277
- Netværksmøder (BVAW2)	7	5	17
- Samtal med forældre (BVAA97)	5	4	1
- Samtale pårørende (BVAA5)	-	-	7
- Kontakt med anden myndighed (BVAW1)	-	1	51
Samlet antal ydelser	1007	1198	1374
Sølund, Skanderborg Kommune			
Antal cpr.nr ⁹			180

Det skønnes, at langt hovedparten af de beboere, som er på Sølund og som får psykiatrisk behandling, vil have behov for specialiseret behandling fra oligofrenifunktionen, da mange af beboerne på Sølund har meget komplekse problematikker.

⁹ Oplysningerne stammer fra speciallægekonsulent tilknyttet Sølund og patienterne behandles af denne.

6.1 Ventetider på behandling i Oligofreniklinikken

Af de registrerede ventetider pr. 30. juni 2009 fremgik det, at 97 patienter har ventet mere end 2 måneder og heraf har 48 ventet mere en 6 måneder på behandling i Oligofreniklinikken, Risskov.

Den lange ventetid på oligofrenibehandlingen i Risskov understregede behovet for dels at stramme op på målgruppen, og dels at ændre procedure omkring nye patienter henvist til Oligofreniklinikken. Det er ved en ekstraordinær indsats i sidste halvdel af 2009 lykkedes at bringe ventetiden på 1. konsultation med på under 2 måneder. Dermed forventer Oligofreniklinikken fremadrettet at kunne overholde den udvidede behandlingsret på 2 måneder på voksenområdet. Der er ca. 3 ugers ventetid på behandling i Oligofreniteamet, Herning.

De eksisterende oligofrenifunktioner dækker i princippet hele Region Midtjylland, men er oprindelig etableret således, at Oligofreniteamet i Herning dækker det gamle Ringkøbing Amt, og Oligofreniklinikken dækker det gamle Århus Amt. Tidligere har der været ansat en psykiater på ½ tid til at dække Viborg og Skive Kommuner, og Horsens og Hedensted har tidligere været dækket af en psykiater fra Oligofreniteamet i Vejle, Region Syddanmark. Dette betyder reelt, at der ikke er sket en udbygning af oligofrenitilbuddet i Region Midtjylland, svarende til den nuværende geografi. På nuværende tidspunkt er der ganske få patienter fra henholdsvis Viborg/Skive og Horsens/Hedensted (svarende til knap ¼-del af Region Midtjylland), som behandles i Oligofreniklinikken.

Der vil derfor være en række patienter i ydreområderne for Oligofreniklinikken gamle optageområde, som endnu ikke er kendte i eller henvist til klinikken. Der kan derfor - i forhold til den aktuelle strøm af henvisninger til klinikken - være et efterslæb, som fremadrettet vil betyde en udfordring for efterlevelsen af den udvidede behandlingsret¹⁰.

¹⁰ Aktivitetstallene fra InfoRM viser, at 6 ud af 280 patienter i 2008 kom fra kommunerne Horsens, Hedensted, Viborg og Skive, men andelen i 2009 (jan - sept.) var 8 ud af 196 cpr.nr. i behandling. Det er her værd at være opmærksom på, at både i Skive og i Viborg Kommune lå der tidligere store centralinstitutioner under Statens Åndssvageforsorg. Dette betyder alt andet lige, at der vil være en overrepræsentation af mennesker med udviklingshæmning i området.

2. del: Den fremtidige organisering af oligofreniindsatsen i Region Midtjylland

7. Fagligt indhold

Det er kun ambulante behandling, der ydes i de regionale oligofrenifunktioner. Hvis mennesker med udviklingshæmning bliver indlagt, varetages behandlingen og behandlingsansvaret af psykiatere i almenpsykiatrien.

Den primære opgave for de regionale oligofrenifunktioner er udredning og opstart af behandling. Som udgangspunkt tilrettelægges den psykiatriske behandling af patienter med udviklingshæmning og psykiatriske lidelser efter de gældende standarder for god behandling af den pågældende sygdom, og adskiller sig således ikke fra den behandling, som ydes til andre psykiatriske patienter. Men patienter med udviklingshæmning er en meget forskelligartet gruppe af individer. Mellem de funktionsmæssigt svageste og de funktionsmæssigt bedste er forskellen langt større end de forskelle, man finder i "normalbefolkningen". Hertil kommer, at en betydelig del af mennesker med udviklingshæmning har forskellige komplicerende handicaps, som f. eks. epilepsi, lammelser, spasticitet og sansedefekter, som betyder, at det totale handicap er større end summen af de enkelte handicaps.

Det kan derfor være rimeligt at sondre mellem de intellektuelt bedst fungerende psykisk udviklingshæmmede, dem med en udviklingshæmning i lettere grad, og de øvrige.

Hos mennesker med en lettere udviklingshæmning, der i et vist omfang lever uden kontakt med døgn- eller dagtilbud for personer med varig og betydningsnedsat funktionshæmning, er det ofte muligt at anvende "normalpsykiatriens" diagnosesystem. Afgørende herfor er, at patienten med en lettere udviklingshæmning oftest har et så udviklet sprog, at det er muligt at få et indblik i patientens tankeverden. Hos disse patienter er det muligt med rimelig sikkerhed at diagnosticere personlighedsforstyrrelser, angst, karakterafvigelser, depression, paranoia og skizofreni. For at stille den sidstnævnte diagnose kræves det, at der kan påvises karakteristiske skizofrene tankeforstyrrelser; noget der almindeligvis kun er muligt hos personer med en IQ over 52. Hos disse, i intellektuel henseende forholdsvis velfungerende patienter, er det oftest muligt at anvende almenpsykiatriens undersøgelses- og behandlingsprincipper.

Patienter med psykisk udviklingshæmning i sværere grad kan rammes af de samme psykiske sygdomme som alle andre mennesker, men det kan være vanskeligt at stille præcise diagnoser, når det ikke ad sproglig vej er muligt at få indblik i patientens tankeverden. Hos disse patienter må man i stedet anvende egne og andres observationer af adfærd og ændringer af adfærd. Det er herved muligt at fastslå tilstedeværelsen af psykopatologiske fænomener, som fx hallucinationer, ligesom diagnosen depression eller mani ofte kan stilles med rimelig sikkerhed. Diagnosticeringen og vurdering af effekt af behandlingen må oftest ske på baggrund af observationer af ændringer i patientens adfærd over tid. Derfor er pårørende og de medarbejdere, som omgiver patienten i dagligdagen, centrale samarbejdspartnere i et behandlingsforløb.

Med relevant samtykke fra eventuelle pårørende/værger kan dokumentationen af observationerne ske via videooptagelser i de situationer, hvor den særlige adfærd forekommer, og efterfølgende analyseres i behandlingskonferencer.

7.1 Anden behandling

Neurologisk udredning:

På Sølund i Skanderborg er der etableret et fast samarbejde med en neurolog, hvilket betyder, at der hver anden uge afholdes en fælles neurologisk-psykiatrisk konsultation med deltagelse af både den tilknyttede psykiater og en neurolog, hvor man sammen kan studere videooptagelser af beboerne. Ordningen sikrer en hurtig og koordineret planlægning af udredningen, hurtigere diagnosticering og bedre koordinering af medicinsk behandling i forhold til både de psykiatriske og neurologiske lidelser.

Et øget samarbejde mellem Oligofreniklinikken og en neurologisk afdeling vil kunne medvirke til at styrke behandlingen af patienter med udviklingshæmning og psykiatrisk lidelse.

Samtaleterapi:

Mennesker med udviklingshæmning i lettere grad kan have gavn af almindelig jeg-styrkende samtaleterapi. Denne behandlingsform er specielt indiceret hos mennesker med psykisk udviklingshæmning, der har vanskeligt ved at acceptere deres handicap, og som har ringe udviklet selvfølelse.

Specialiseret pædagogisk indsats/miljøterapi:

Behandlingen af psykiske afvigelse og adfærdsproblematikker hos mennesker med udviklingshæmning skal tage udgangspunkt i en analyse af det totale miljø, vedkommende lever i, herunder hvordan den pædagogiske indsats er tilrettelagt. En sådan analyse er principielt altomfattende, men i praksis lægges vægten oftest på forhold, der har indflydelse på den enkeltes mulighed for at overskue sin egen tilværelse. Derfor er et tæt samarbejde mellem oligofrenifunktionens behandlere og de pædagogiske medarbejdere central.

For at sikre en koordineret behandlingsindsats mellem de tværfaglige aktører i behandlingsforløbet af patienter med udviklingshæmning og psykiske lidelser er det vigtigt, at psykiatriplanens anbefalinger om, at der udarbejdes behandlingsplaner for alle ambulante patienter følges.

Når relevant behandling er iværksat, afsluttes patienten i videst muligt omfang til egen læge, som laver opfølgning på behandlingen evt. i samarbejde med oligofreniklinikens distriktssygeplejersker, jf. modeller for shared care – se senere.

For at sikre en hensigtsmæssig visitation af patienterne er det vigtigt, at henvisningerne indeholder de nødvendige og relevante oplysninger. Se senere: henvisningsvejledning¹¹.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at den primære opgave for oligofrenifunktionerne er udredning og igangsættelse af behandling, mens opfølgningen på behandlingen i videst mulige omfang skal ske hos egen læge
- at der udarbejdes behandlingsplaner for alle ambulante patienter i oligofrenibehandling
- at der udarbejdes en model for samarbejdet mellem Oligofreniklinikken og neurologien

¹¹ Kilde til afsnittet: *Ovenstående artikel er skrevet af centrets overlæge og er med enkelte ændringer gengivet efter H. Jansen, F. U. Jørgensen, K. E. Pedersen, K. Sørensen, B. Henning & C. F. Buch: Udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Dansk Psykiatrisk Selskab og Landsforeningen LEV, København 1994.*

- at der udarbejdes samarbejdsmodeller med kommunerne, som betyder, at den pædagogiske special-ekspertise i forhold til mennesker med udviklingshæmning kan indgå i udredningen og planlægningen af behandlingsindsatsen.

8. Screeningsredskaber med henblik på at undersøge, hvilke brugere med udviklingshæmning, der har brug for psykiatrisk udredning og behandling

I rapporten fra det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed anbefales det, at der udvikles et screeningsredskab/et skema, som kan anvendes af medarbejderne i de sociale tilbud, som hjælp til at afgøre, om en beboer bør henvises til psykiatrisk undersøgelse. Forslaget går ud på, at screeningsmetoden afprøves som et pilotprojekt på to af Region Midtjyllands bosteder, som har beboere med udviklingshæmning med henblik på en eventuel senere udbredelse.

Samtidig anbefales det i rapporten fra Danske Regioner¹², at man - for at sikre tidlig opsporing og behandling af psykisk sygdom i målgruppen - screener for psykisk sygdom blandt alle beboere i de sociale tilbud, der er særligt målrettede mod domfældte udviklingshæmmede.

Center for psykiatri og udviklingshæmning har gennemført enkelte forskningsprojekter med henblik på at undersøge forskellige screeningsredskaber:

DASH II er tidligere afprøvet på Sølund og på Sødisebakke, hvor psykologer interviewede medarbejdere tæt på brugerne. Undersøgelsen viste, at DASH II i den danske oversættelse ikke er i stand til at stille psykiatriske diagnoser, men at den er et lovende screeningsredskab i forhold til at afsløre behov for nærmere psykiatrisk undersøgelse. Undersøgelsen viste også, at DASH II i den danske oversættelse har en høj pålidelighed og gyldighed, når undersøgelsen gennemføres af en trænet psykolog¹³, men det er endnu ikke undersøgt, om DASH II har sammen høje pålidelighed, når det er medarbejderne i de socialtilbud, som anvender DASH II direkte som afkrydsningsskema. Dette skal efter planerne undersøges i et projekt i samarbejde med et socialt botilbud i Fredericia Kommune.

Et andet eksempel på et gennemført forskningsprojekt var en undersøgelse, som skulle klarlægge, om en dansksproget version af MiniPAS-ADD har passende høj reliabilitet og validitet, og om anvendelsen af skalaen kan sikre, at de mennesker med udviklingshæmning, som har brug for psykiatrisk behandling, henvises, mens man samtidig undgår, at de, der ikke er behandlingstrængende, ikke belaster systemet unødigt. Målet var at undersøge om, MiniPAS-ADD kunne være et godt supplement til DASH-II, specielt i forhold til personer med let eller moderat grad af udviklingshæmning. Projektet blev gennemført i samarbejde med bostøtten i Århus Kommune.

Et af de væsentlige resultater af undersøgelsen var, at alle de, der fik en diagnose med Mini PAS-ADD-interviewet, viste sig også at have en psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse ved den psykiatriske undersøgelse, mens en større gruppe af deltagerne i undersøgelsen kun ved den psykiatriske undersøgelse viste sig at have en psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse. Mini PAS-ADD vil derfor ikke kunne hjælpe til at identificere alle (de fleste af) de borgere med

¹² Fra udkast til rapport: Domfældte udviklingshæmmede – udfordringer og løsninger. En rapport udarbejdet af danske Regioner 2010

¹³ Kurt Sørensen og Per Lindsø Larsen: *DASH-II – diagnostisk spørgeskema til identificering af udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Årstal??*

udviklingshæmning, som samtidig har en psykisk lidelse eller en adfærdsforstyrrelse¹⁴.

På baggrund af de hidtidige undersøgelsesresultater konkluderer arbejdsgruppen at det vil være relevant at iværksætte pilotprojekter for at afprøve om specielt DASH II også har tilstrækkelig pålidelighed og gyldighed, når det anvendes som screeningsværktøj af medarbejdere i de sociale tilbud for at afdække hvilke brugere af de sociale tilbud for mennesker med udviklingshæmning, der har brug for psykiatrisk udredning og behandling.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at man iværksætter to pilotprojekter til afprøvning af DASH II som screeningsværktøj på to regionale bosteder, henholdsvis Nørholm Kollegiet og Saustrup
- at pilotprojekterne gennemføres i foråret 2011
- at planlægning og tovholderfunktionen på pilotprojekterne varetages af Videnscenter for psykiatri og udviklingshæmning

9. Forsknings- og udviklingsinitiativer

For at styrke rekrutteringen til området er det vigtigt med et aktivt forsknings- og udviklingsmiljø på området, som kan medvirke til at give organisationen national og international anerkendelse og være med til at gøre området interessant for potentielle medarbejdere og ledere.

Det er bl.a. foreslået, at forskningen skal styrkes ved, at Oligofreniklinikken tilføres kr. 0,5 mio. til en ph.d.-stipendiat. Der er blandt professorerne ved Århus Universitetshospital, Risskov opbakning til projektet.

Følgende er en oversigt over mulige relevante forskningsprojekter:

- Hvordan kan man etablere et register over mennesker med udviklingshæmning
- Ulykkesrisiko hos mennesker med udviklingshæmning
- Pludselig død hos mennesker med udviklingshæmning
- Den demografiske udvikling – om nogle år vil der være mange ældre med udviklingshæmning
- Demens hos mennesker med udviklingshæmning
- Selvskadende adfærd hos mennesker med udviklingshæmning
- Mennesker med udviklingshæmning og dom – i samarbejde med Det landsdækkende Netværk vedrørende Domfældte Udviklingshæmmede (NDU)
- Mennesker med udviklingshæmning og epilepsi – i samarbejde med Videnscenter for epilepsi

Det vil samtidig være vigtigt med forsknings- eller udviklingsprojekter, der knytter op på det sociale område – altså projekter, der giver mening både i behandlingsdelen og i det sociale område.

Region Midtjylland har netop indgået en partnerskabsaftale med Århus Kommune om etablering af et nyt center til faglig nytænkning og metodeudvikling på socialområdet. Målet er, at centret skal være med til at understøtte forskning, som er direkte rettet mod

¹⁴ Reliabilitet og validitet af Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities (Mini PAS-ADD) i dansk oversættelse belyst ved undersøgelse af et repræsentativt udvalg af personer med udviklingshæmning som modtager støtte fra Århus Kommunes bostøtte sammenholdt med almenpsykiatrisk undersøgelse. Center for Oligofrenipsykiatri, Århus Universitetshospital, Risskov, 2009

anvendelige løsninger og tæt på den daglige virkelighed i kommunerne og regionerne. Derfor vil et samarbejde om relevante udviklingsprojekter/forskningsprojekter mellem Center for oligofreni, Det landsdækkende Netværk vedrørende domfældte udviklingshæmmede (NDU) og andre relevante samarbejdspartner skulle understøttes af det nye center.

Der er både fra behandler side og fra de sociale regionale og kommunale botilbuds side meget stor interesse i at udforske og udnytte de muligheder, som ligger i brug af ny teknologi. Dels er det meget ressourcebesparende i forhold til transport i en så stor region som Region Midtjylland, og dels vil der være brugere, der sagtens ville kunne profitere af, at samtaler med behandlere sker via videokonference udstyr, ligesom observationer/registrering af patienters adfærd vil kunne formidles via video. Desuden vil de nye teknologiske hjælpemidler i høj grad kunne bruges til undervisning og vidensformidling. Region Midtjylland har på nuværende tidspunkt placeret videokonferenceudstyr i samtlige regionspsykiatrier og regionale sociale tilbud, hvilket allerede nu muliggør anvendelsen af videokonference i hele regionen. Der er i øjeblikket ved at blive udarbejdet et projektkatalog til udviklingsprojekter på området.

De foreslåede projekter vedrører:

- Behandlingssamtaler/observation
- Video-behandlingskonferencer – internt og tværsektorielt
- Opfølgning på behandling
- Visitationskonferencer
- Vidensformidling – internt og tværsektorielt
- Supervision og vejledning
- Undervisningsforløb

En anden måde at styrke et aktivt forsknings- og udviklingsmiljø er at sikre et tættere samarbejde mellem Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning og Netværk for domfældte med udviklingshæmning - også helt konkret ved et bofællesskab.

Arbejdsgruppen anbefaler, at:

- Der tilknyttes et ph.d-projekt til Oligofreniklinikken.
- De planlagte udviklingsprojekter i forhold til brugen af ny teknologi i behandlingen i værksættes.
- At det nye center, etableret i et samarbejde mellem Århus Kommune og Region Midtjylland, bliver en aktiv medspiller i udviklingen af indsatsen overfor mennesker med udviklingshæmning og psykiatri.

10. Den fremtidige organisering af den regionale oligofreniindsats i Region Midtjylland

I beslutningen fra Psykiatriplanen for Region Midtjylland står der:

Center for Oligofrenipsykiatri i Århus vil være omdrejningspunkt for oligofrenipsykiatrien. Det eksisterende oligofreniteam i Herning knyttes til centret, ligesom der under centret oprettes et oligofreniteam i Horsens."

Arbejdsgruppens forslag til en model for organisering af oligofreni-indsatsen i Region Midtjylland - under hensyntagen til de sparsomme speciallægeressourcer er flg.:

Oligofreniklinikken, Risskov fastholdes som den overordnede funktion med satellit i Herning. Klinikken i Risskov bemannes med speciallæge(r), psykologer og sygeplejersker.

Satellitten i Herning skal bemandedes med sygeplejersker. Dermed bliver læge- og psykologressourcerne, som er placeret i Risskov, regionsdækkende, mens sygeplejerskerne har en mindre geografi at agere i. Satellittens medarbejdere refererer ledelsesmæssigt til lederen for Oligofreniklinikken. Horsens og Hedensted kommuner dækkes fra Oligofreniklinikken i Risskov, mens Skive og Viborg kommuner sygeplejemæssigt dækkes af satellitten i Herning.

Erfaringerne både fra Oligofreniteamet i Herning og andre steder i landet viser, at både psykologisk og pædagogisk kompetence er central i forbindelse med udredning og visitation, ikke mindst til at afgøre, hvilke tilstande, der kan afhjælpes helt eller delvist med pædagogiske tiltag.

De sociale botilbud - kommunale såvel som regionale - vurderer, at en kvalificeret psykiatrisk bistand - enten af en erfaren psykiatrisk sygeplejerske eller en pædagog med specialviden på området - langt hen ad vejen vil kunne støtte det pædagogiske personale omkring beboerne til at få styr på de psykiatriske problematikker og med, hvordan de bedst hjælper den enkelte beboer. Beboere, der ikke får den nødvendige hjælp til deres psykiske problematikker og de deraf afledte adfærdsforstyrrelser, har for det meste et større forbrug af personaleressourcer i de sociale tilbud. Arbejdsgruppen finder det vigtigt, at der udvikles samarbejdsmodeller mellem oligofrenifunktionen og ressourcepersoner i kommunerne, som kvalificerer samarbejdet omkring gruppen af mennesker med udviklingshæmning og psykiske lidelser (se senere).

Nedenstående tabel viser arbejdsgruppens anbefaling til en fremtidig organisering af oligofreniindsatsen i Region Midtjylland:

Enhed	Bemanning	Ca. beløb Regionen (2010 P/L)
Oligofreniklinikken, Risskov	1 ledn. overl./psykiater	993.600
	1 lægestilling) ¹⁵	658.260
	1 kliniske psykologer	522.882
	2 distriktsspl.	919.080
	2 ¹⁶ sekr./adm. medarbejder	720.360
Satellit Herning	2 distriktsspl.	919.080
I alt lønrelaterede kr. pr. år		4.733.262
Div. 60.000 kr. pr. medarbejder¹⁷		500.000
I alt pr. år		5.233.262
Nuværende budget		2.100.000
Merudgift ift. forslaget		3.133.362

¹⁵ I stedet for en læge kan man ansætte en psykolog mere - derved bliver lønudgiften 135.000 kr. mindre pr. år.

¹⁶ Aktuelt har Oligofreniklinikken 2 sekretærer

¹⁷ Der er afsat 60.000 pr. medarbejder pr. år - undtaget de 2 sekretærer (afsat 40.000 kr.).

Det højere beløb er begrundet i forventet meget kørsel og behovet for ekstra uddannelse/kompetenceudvikling, specielt for sygeplejersker og psykologer.

Det opstillede budget omfatter udelukkende løn- og personalerelaterede udgifter, men ikke udgifter til etableringsudgifter, husleje eller andre bygningsmæssige omkostninger.

Med anbefalingen foreslår arbejdsgruppen dermed, at der kun etableres en satellit i Herning, men ikke i Horsens, for at skabe større faglig volumen i de to "satellitter" og mindre sårbarhed i satellitten i Herning. Samtidig er arbejdsgruppens vurdering, at det er vigtigt at fastholde en satellit i den vestlige del af regionen for at reducere mængden af kørsel for oligofreni-sygeplejerskerne.

Det kan være nødvendigt løbende at justere optageområderne mellem de to "satellitter", da et vigtigt princip for organiseringen af oligofreniindsatsen er, at der er fælles servicemål for indsatsen i hele regionen.

For at sikre en sammenhængskraft i organisationen afholdes regelmæssige fælles faglige konferencer, undervisning og supervision, som kan ske ved fællesmøder, men i stort omfang via videokonferencer. I disse videokonferencer skal der i særlige sager kunne deltage de konkrete medarbejdere (kommunale¹⁸ eller regionale), der er omkring patienten i det daglige.

10.1 Behovet for sengepladser på oligofreniområdet

Oligofreniklinikken får hver måned henvendelser fra hele landet og jævnlige fra skadestuen og de almenpsykiatriske sengeafsnit i Risskov med ønsker om at få patienter med udviklingshæmning og psykiatriske lidelser indlagt, eller at man i det mindste i klinikken "gør noget" ved dem, der er indlagt. Selv om der er enighed om, at det er bedst, hvis mennesker med udviklingshæmning kan behandles ambulant og forblive i deres vante omgivelser, er der i få tilfælde ved patienter med særlige komplekse tilstande, behov for udredning og behandling under indlæggelse, f.eks. hvis patienterne er svært psykotiske og udad-reagerende, eller hvis der er behov for en mere omfattende medicinudtrapning. En del mennesker med udviklingshæmning og psykiatriske lidelser får meget medicin og ofte flere forskellige præparater for deres psykiske lidelser.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der i psykiatrien på landsplan vil være brug for et lille sengeafsnit med højtspecialiserede senge til patienter med udviklingshæmning, målrettet særligt komplicerede udrednings- og behandlingsforløb. Overlæge Kurt Sørensen vurderer, at der på landsplan er behov for ca. 6 sengepladser – 1 seng pr. 1 mio. indbyggere.

Hvor et sådant sengeafsnit i givet fald skulle ligge, ville skulle afklares i regi af Danske Regioner. Men Region Midtjylland har i specialeansøgningen til Sundhedsstyrelsen søgt om både regionsfunktion og højtspecialiseret funktion til oligofrenibehandling til Århus Universitetshospital, Risskov.

Et højtspecialiseret sengeafsnit til mennesker med udviklingshæmning vil kræve en særlig indretning som kan tilgodese pleje og behandlingen af mennesker med samtidige svære fysiske handicap. Desuden er det af væsentlig betydning, at der er plads til at det personale, som kender patienter kan følge med ved indlæggelse dels af hensyn til patienten og dels for at sikre vidensformidling om patienten både til sengeafsnittet og senere tilbage til personalet i det sociale tilbud.

¹⁸ På alle enheder under Psykiatri og Social i Region Midtjylland er der opstillet videokonferenceudstyr. Det vil derfor inden for en konkret geografi altid være muligt forholdsvis let at kunne deltage i en videokonference med Oligofreniklinikken og dens satellit.

En opstart på dette kunne være at et sengeafsnit på Århus Universitetshospital, Risskov, får til opgave at løse indlæggelsesopgaven for patienter med udviklingshæmning og psykiatrisk lidelse. Det vil kræve at der er tilknyttet specialuddannet pleje-/pædagogisk døgnpersonale. Det overordnede lægelige behandlingsansvar skulle under indlæggelse varetages af overlæge på Oligofreniklinikken.

Arbejdsgruppen anbefaler

- at Oligofreniklinikken i Risskov fortsætter med af en satellit placeret i Herning.
- at Oligofreniklinikken bemannes med en overlæge og yderlig en lægestilling, 1 – 2 psykologer, 4 distriktssygeplejersker og 2 sekretærer
- at man løbende vurderer behovet for sengepladser, således at man i forbindelse med implementeringen af masterplanen for Det fremtidige Universitetshospital, Risskov og udmøntningen af specialeplanen får placeret indlæggelsesopgaven i forhold til patienter med udviklingshæmning og psykiatrisk lidelse i et sengeafsnit med specialuddannet døgnpersonale
- at overlægen i Oligofreniklinikken har det overordnede behandlingsansvar under indlæggelse

11. Samarbejdsmodeller, der kan sikre, at de begrænsede speciallægeressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt, herunder samarbejdet mellem de almenpraktiserende læger og socialområdet i forbindelse med henvisning til regionspsykiatrien/oligofrenibehandling

Af sundhedsplanen for Region Midtjylland¹⁹ fremgår det, at "shared care"-tankegangen, som sætter fokus på koordinationen mellem de forskellige aktører i patientforløbene, skal udvides i hele sundhedsvæsenet, samt at man for både somatiske og psykisk syge personer skal flytte fokus fra hospitalsindlæggelser til mere udredning og behandling i patientens eget hjem – uden at der bliver gået på kompromis med kvaliteten.

Netop i forbindelse med oligofrenibehandlingen er det vigtigt at arbejde videre med shared care-tankegangen, for uanset hvordan Region Midtjylland får organiseret behandlingen på oligofreniområdet, vil der være sparsomme speciallægeressourcer på området. Det er derfor nødvendigt at få udviklet nogle modeller for - eller aftaler omkring - samarbejdet både med de almenpraktiserende læger og med kommunerne.

Det er primært de almenpraktiserende læger, som indgår i behandlingen af mennesker med udviklingshæmning. Dog er der privatpraktiserende psykiatere i det tidligere Ringkøbing Amt, som har mennesker med udviklingshæmning og psykiske lidelser i behandling.

11.1 Samarbejdet med de almenpraktiserende læger

11.1.1. Henvisningsvejledning/Praksis.dk:

For at sikre det mindst mulige ressourceforbrug i forbindelse med behandlingen af henvisninger til oligofrenibehandling er det vigtigt, at de henvisninger, som sendes til oligofrenitilbuddene, indeholder de nødvendige og relevante oplysninger, så der kan iværksættes et udrednings- og behandlingsforløb. På nuværende tidspunkt bruger behandlerne i oligofrenitilbuddene unødigt meget tid på at indhente de nødvendige oplysninger – oplysninger som egen læge, kommunerne, kontaktpædagoger og/eller pårørende er i besiddelse af.

¹⁹ Kilde - obs

I Oligofreniklinikken har man gode erfaringer med rutinemæssigt - ved modtagelse af henvisninger - at udsende et oplysningsskema til den henviste patient, som kan udfyldes i samarbejde med pårørende/kontakt pædagoger. Skemaet returneres til Oligofreniklinikken eller medbringes ved 1. samtale.

Relevante screeningsredskaber vil være kvalificerende for samarbejdet mellem den almenpraktiserende læge, medarbejderne i den daglige kontakt med patienten og evt. sygeplejerskerne i oligofrenisatellitterne, med henblik på at undersøge, hvorvidt mennesker med udviklingshæmning har brug for psykiatrisk udredning og behandling.

Hvis disse screeningsredskaber bliver kendt og anerkendt af den almenpraktiserende læge, som brugbare redskaber, dels i udredningen af mindre komplicerede tilstande, dels til at identificere, hvilke patienter med udviklingshæmning, der har brug for viderehenvisning til psykiater, vil det kunne understøtte den almenpraktiserende læges udredning og behandling, samt kvalificere en eventuel henvisning til oligofrenibehandling.

De relevante screeningsredskaber kan introduceres via temamøder eller via links fra henvisningsvejledningen på praksis.dk. Introduktionen af de relevante screeningsredskaber kan lattes, hvis man får kontakt med de særligt interesserede almenpraktiserende læger – "huslæger" – se senere.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der udarbejdes en henvisningsvejledning til praksis.dk, som indeholder en præcisering af målgruppen, krav til forundersøgelser samt en oversigt over, hvilke oplysninger behandlerne i Oligofreniklinikken har brug for i forbindelse med visitation og udredning af patienten. En god henvisningsvejledning legitimerer samtidig, at der kan stilles krav til kvaliteten af de fremsendte henvisninger.
- at der på henvisningsvejledningen til oligofrenibehandling henvises til enkelte relevante screeningsredskaber, som med fordel kan benyttes af lægerne i almenpraksis.

Hvis patienterne efter henvisning afvises, fordi de ikke tilhører målgruppen, vil det være fremmede for samarbejdet med en telefonisk kontakt til den henvisende læge. En telefonisk kontakt vil samtidig kunne sikre, at den almenpraktiserende læge får relevant rådgivning i forhold til selv at behandle patienten eller til anvisning af andet relevant behandlingstilbud.

11.1.2. Shared care-model:

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

Model 1:

Nuværende erfaringer med shared care-modeller viser, at de steder i regionen, hvor der er etableret mobilteams i almenpsykiatrien, er der gode erfaringer med en shared care-model, som indebærer, at behandlingsansvaret fastholdes hos den almenpraktiserende læge, som har et samtidigt tæt samarbejde med mobilteamets sygeplejersker. Et almenpsykiatrisk mobilteam er et team af erfarne psykiatriske sygeplejersker, som yder psykiatrisk vurdering og intensiv observation og behandling i eget hjem. Egen læge kan henvise direkte til teamet, og denne er i ca. 80 % af patientforløbene selv behandlingsansvarlig.

Sygeplejerskerne i de almenpsykiatriske mobilteams er under supervision af en psykiater, og har derfor mulighed for at viderebringe psykiaterens anbefalinger til den praktiserende læge, eller den praktiserende læge kan telefonisk rådføre sig med psykiateren. I akutte situationer bruger mobilteamets sygeplejersker bagvagterne på de psykiatriske afdelinger.

Evalueringer²⁰ viser, at de almenpraktiserende læger er tilfredse med samarbejdet med de almenpsykiatriske mobilteams sygeplejersker, og oplever at få kvalificeret bistand fra psykiatrien til selv at kunne behandle patienterne i eget regi.

Erfaringerne fra Oligofreniteamet i Herning viser, at sygeplejerskernes samarbejde med de almenpraktiserende læger i Herning-området fungerer rigtig fint, da lægerne dér er vant til at samarbejde med sygeplejerskerne i det almenpsykiatriske mobilteam. I Holstebro-området er samme praksis ikke implementeret.

Model 2:

En anden model for shared care, som praktiseres mellem klinkkerne for angst- og tvangslidelser og de almenpraktiserende læger er, at der kan udarbejdes en shared care-aftale i forhold til patienter med særligt behov. Ifølge modellen udarbejdes shared care-aftalen i forbindelse med for-samtalen og indeholder bl.a.:

- anbefalinger til behandling eller andre tiltag i en evt. ventetid
- forslag til arbejdsfordeling under behandlingsforløbet
- navn og telefonnummer på den ansvarlige behandler, som kan kontaktes ved behov.

Efter behandlingsforløbet udarbejdes en shared care-aftale eller rettere en behandlingsplan, som, ud over at beskrive behandlingsforløbet, også indeholder:

- anbefalinger i forhold til den videre behandling og observation af behandlingseffekt, herunder relevante observationspunkter ift. tilbagefald eller andet af betydning for behandlingseffekten
- hvilke opgaver, medarbejderne i de sociale tilbud er instrueret i at varetage/eller har varetaget i forbindelse med behandlingen og observation af behandlingsaffekten
- navn og telefonnummer på den ansvarlige behandler, som kan kontaktes ved behov.

På oligofreniområdet vil socialområdet (både myndighed og drift) i kommunen være en central medspiller, og skal derfor medtænkes i shared care-modellen.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der på oligofreniområdet arbejdes med to modeller for shared care:
Model 1: Oligofrenisygeplejerskerne har samme funktion/samme samarbejdsform med de almenpraktiserende læger, som de almenpsykiatriske mobilteams. Behandlingsansvaret fastholdes hos den almenpraktiserende læge, mens sygeplejersken stiller sin særlige viden, samt muligheden for at trække på psykiater og psykolog i Oligofreniklinikken, til rådighed for den almenpraktiserende læge. Den almenpraktiserende læge vurderer løbende i samarbejde med sygeplejersken, om der er behov for henvisning til oligofrenifunktionen.
Model 2: I forbindelse med alle de behandlingsforløb, som indledes i oligofrenifunktionen, udarbejdes en shared care-aftale, som klart definerer ansvars- og

²⁰ Evaluering af de psykiatriske mobilteam, Mobilteam Viborg og Mobilteam Nord i Viborg Amt Psykiatrikontoret, Social- og Psykiatريفorvaltningen, Viborg Amt. December 2006

opgavefordeling i evt. ventetid, under behandlingsforløbet og i efterforløbet. Herunder at receptfornyelse er en opgave, som altid løses af egen læge. Desuden beskrives oligofrenisygeplejerskernes funktion i efterforløbet.

- I forbindelse med visitationen til oligofrenibehandling træffes der beslutning om, hvem den behandlingsansvarlige læge er: den almenpraktiserende læge eller oligofrenifunktionens læge.

Uanset hvilken model man vælger, er det af afgørende betydning for de almenpraktiserende læger, at der er let adgang til telefonrådgivning med en fast telefontid.

11.1.3 De særligt interesserede almenpraktiserende læger – "huslæger"²¹:

Mange botilbud - kommunale såvel som regionale - oplever, at det kan være vanskeligt at etablere et hensigtsmæssigt samarbejde med de almenpraktiserende læger, både fordi det enkelte botilbud ofte skal samarbejde med mange forskellige læger, og fordi der er meget få læger, der virkelig har viden på området. Det kan derfor være af betydning lokalt at være opmærksom på, hvilke almenpraktiserende læger i området, som er interesseret i mennesker med udviklingshæmning, og som derfor gerne vil indgå i et tættere samarbejde med konkrete botilbud, evt. som en slags "huslæge".

Erfaringerne fra de steder, hvor man har fået etableret et sådant samarbejde, er gode, da lægen kommer til at kende både beboerne og stedet, og får erfaring med målgruppen. Erfaringen viser også, at det er godt, hvis det er læger, som bor geografisk tæt på – så bliver det lettere at få lægen til at komme på bostedet. Ønsker man at få etableret et sådant samarbejde, kræver det en opsøgende indsats fra det enkelte botilbud. Det er ligeledes nødvendigt med en respektfuld dialog med beboeren og de pårørende om, hvorvidt den enkelte beboer ønsker "huslægen" som egen læge, og hvilke fordele det i givet fald vil have. Det er centralt, at det er frivilligt, hvorvidt den enkelte beboer/pårørende ønsker at skifte til stedets "huslæge", eller ønsker en anden læge.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at de enkelte botilbud indleder dialog med de almenpraktiserende læger med henblik på at få tilknyttet bestemte læger/lægepraksis til botilbuddet/beboerne som en slags "huslæge", der over tid kommer til at kende botilbuddet og dets beboere godt.

En sådan frivillig "huslæge"-ordning vil samtidig kunne medvirke til at styrke et tæt samarbejde mellem dem praktiserende læge, oligofrenifunktionen og oligofrenisygeplejerskerne.

11.2 Samarbejdet med kommunerne

Der er en fælles interesse for både oligofrenifunktionen og kommunerne i at sikre et hurtigt flow i behandlingstilbuddene, således at først og fremmest patienterne, men også kommunerne kan få den nødvendige bistand hurtigt.

En måde at understøtte dette er ved at sikre, at den nødvendige viden er tilgængelig i kommunerne for de medarbejdere, som i hverdagen er i kontakt med brugerne med

²¹ "Huslæger" skal her forstås som almindelige almenpraktiserende læger, der har en særlig interesse for mennesker med udviklingshæmning og hvor der kan etableres en særlig samarbejdsrelation med, ved at flere beboere i samme botilbud vælger at benytte den pågældende almenpraktiserende læge.

udviklingshæmning. Det kan f.eks. være nøglepersoner, som kan være ressourceperson for de medarbejdere, der har den daglige kontakt og omsorg for de pågældende brugere. Ressourcepersoner, som kan vejlede medarbejderne og medvirke til vurdering/screening af, hvilke brugere, der har behandlingskrævende psykiske lidelser og hvilke brugere, som har en tilstand eller adfærd, som kan afhjælpes med socialpædagogiske indsatser.

Modellen med særlige nøgle- eller ressourcepersoner på området svarer til den model, som man med stor succes har implementeret på demensområdet, hvor alle kommuner efterhånden har ansat/udpeget demenskoordinatorer.

I det tidligere Ringkøbing Amt blev der uddannet en række sådanne nøglepersoner, som fungerede som ressourcepersoner på oligofreniområdet i forhold til deres kollegaer i såvel kommunale som amtslige sociale tilbud.

Kommunale ressourcepersoner på området vil kunne blive helt centrale samarbejdspartnere for oligofrenisygeplejerskerne, patientens egen læge/"huslægen" og oligofrenifunktionen.

En model for kvalificering af henvisnings- og visitationsprocedure er at indføre et for-visitationsforløb, når patienterne er henvist til oligofrenifunktionen – eller når man overvejer at henvise patienten. Et for-visitationsforløb, hvor den kommunale ressourceperson og/eller borgerens kontaktperson i samarbejde med egen læge og oligofrenisygeplejersken afklarer:

- om den aktuelle tilstand kan afhjælpes med socialpædagogiske tiltag,
- om der først skal ske en somatisk udredning,
- om patienten har brug for psykiatrisk udredning og behandling, og derfor sikre at de relevante informationer/data er samlet, som grundlag for en egentlig visitation til oligofrenibehandling.

En model med for-visitationsforløb vil kunne være med til at sikre, at flest mulige patienter med udviklingshæmning og psykisk sygdom eller adfærdsforstyrrelser får kvalificeret bistand, og at de speciallægeressourcer, som er på området, bruges i forhold til patienter med de mest komplicerede tilstande.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at man i første omgang mobiliserer de allerede uddannede nøglepersoner for at genetablere et tværgående fagligt netværk
- at man i samarbejde med det faglige netværk udarbejder oplæg til en funktionsbeskrivelse for nøglepersoner på oligofreniområdet
- at kommunerne udpeger/ansætter uddannede nøglepersoner på området
- at man i samarbejde mellem det faglige netværk og Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning udarbejder forslag til et uddannelsesforløb, der kan sættes i gang med henblik på at uddanne nøglepersoner til alle kommuner i regionen
- at Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning driver faglige netværk på området
- at man i samarbejde mellem kommunen, egen læge og oligofrenisygeplejerskerne laver et for-visitationsforløb med henblik på at kvalificere visitationsprocessen.

11.3 Sundhedsaftale

Sundhedsaftalerne eller samarbejdsaftaler mellem regionspsykiatrien, kommunerne og almenpraksis har vist sig som et nyttigt redskab til at regulere det tværsektorielle samarbejde, sikre dialogen og hensigtsmæssige arbejds- og overgange, samt skabe fælles og synlige forventninger til hvem, der gør hvad, hvornår.

I forhold til indsatsen på oligofreniområdet er der mange udfordringer, som skal søges håndteret i en sundheds-/samarbejdsaftale. Udfordringer, som går begge veje, f.eks.:

- Det kan være svært at få en patient med udviklingshæmning indlagt i almenpsykiatrien, og hvis de bliver indlagt, bliver de meget hurtigt udskrevet og ofte med en begrundelse om, at deres tilstand/adfærd er betinget af deres udviklingshæmning og at de psykiatriske sengeafsnit ikke er gearet til at rumme denne patientgruppe.
- Mennesker med udviklingshæmning og sindslidelse, som ikke får den nødvendige behandling og støtte, har ofte behov for ekstra personaleressourcer pga. svære adfærdsmæssige problematikker.
- Det kan ofte være vanskeligt at få patienterne visiteret til den nødvendige opfølgning eller de nødvendige sociale tilbud i kommunen. Det betyder, at det bliver vanskeligt at afslutte patienterne i Oligofreniklinikken/-teamet, hvilket igen betyder en u hensigtsmæssig brug af behandlingsressourcerne.
- At der i endnu højere grad end i forhold til almenpsykiatrien mangler speciallægeressourcer på området, hvilket betyder, at mennesker med udviklingshæmning ikke har helt samme adgang til behandling som normalbefolkningen.

En sundheds-/samarbejdsaftale skal dække samarbejde omkring både ambulante og indlagte patienter, selv om indlæggelse sker ret sjældent. Når det drejer sig om indlæggelse, skal aftalen (indtil videre) omfatte alle voksenpsykiatriske afdelinger og ungdomspsykiatriske afdelinger i Region Midtjylland.

Arbejdsgruppen anbefaler, at en sundheds-/samarbejdsaftale på oligofreniområdet skal indeholde følgende punkter:

- Den almenpraktiserende læges opgaver og ansvar
- Kommunens opgaver og ansvar, herunder evt. nøglepersons funktion
- Oligofrenitilbuddets opgaver og ansvar
- Samarbejdet mellem egen læge og oligofrenisygeplejerskerne
- Samarbejdet mellem de kommunale nøglepersoner og oligofrenisygeplejerskerne
- I forbindelse med henvisning til behandling:
 - hvilken viden, der skal formidles til hvem af hvem (kommunen til egen læge og Oligofreniklinikken, egen læge til Oligofreniklinikken, Oligofreniklinikken til egen læge og kommune/botilbuddet)
 - procedure for for-visitationsforløb
- I forbindelse med den ambulante behandling:
 - hvordan samarbejdet er mellem Oligofreniklinikken og egen læge (shared care-aftaler)
 - hvordan relevant viden formidles til kontaktpersonen til brug for observationer af effekten af behandlingen, herunder eventuelle bivirkninger
 - samarbejdet mellem den konkrete behandler og det sociale tilbud
- I forbindelse med indlæggelse:
 - hvordan formålet med indlæggelsen afklares/aftales
 - hvilke ressourcepersoner regionspsykiatrien kan trække på under indlæggelsen
 - aftaler omkring konferencer og varsling for indkaldelse til konferencer
 - varsling af udskrivning
 - samarbejdet med evt. socialt tilbud under indlæggelsen

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der i forbindelse med udarbejdelse af 2. generationsaftalerne udarbejdes rammer for en fælles sundhedsaftale på oligofreniområdet
- at udkastet til sundhedsaftalen udarbejdes af en mindre arbejdsgruppe nedsat hertil.

12. Rekruttering og kompetencer

12.1 Initiativer for at få flere psykiatere og andre faggrupper til at interessere sig for og arbejde med psykisk sygdom hos mennesker med psykisk udviklingshæmning

En af de helt store udfordringer fremadrettet er at rekruttere kvalificeret og interesseret personale til området. Oligofreni og arbejdet med mennesker med udviklingshæmning har ikke højstatus blandt sundhedspersonale. En af årsagerne hertil er, at meget få kender til eller har erfaring med området, og de færreste har en forestilling om "at det nyttede noget".

Arbejdsgruppen er derfor blevet bedt om et forslag til, hvordan man får flere psykiatere og andre relevante faggrupper til at interessere sig for området.

Arbejdsgruppen har opregnet en række anbefalinger, som kan medvirke til at gøre ansættelse i området mere iøjnefaldende og attraktivt for læger:

1. En større regionsdækkende organisation med en kapacitet og en organisering, som gør det muligt at løse den definerede opgave.
2. En spændende organisation, som allerede nu nyder stor national og international bevågenhed og med mulighed for at sætte sit eget præg på den fremtidige udvikling.
3. Mulighed for en indkøringsfase/introduktion til området inden den nuværende ledende overlæge trækker sig tilbage.
4. Vagtfri stilling.
5. En stilling med mulighed for patientkontakt, undervisning, tværsektorielt samarbejde med praksissektoren og forskning.
6. Muligheder for at udfordre brugen af de teknologiske muligheder i forhold til behandling og kommunikationen på tværs af regionen/landet.

Andre initiativer, der kunne sættes i værk for at gøre læger interesseret i området:

- Kursusstilling for yngre læger.
- Muligheden for observationsforløb i forbindelse med kursusstillinger andre steder i psykiatrien.
- Tilbud om introduktionsbesøg (1-dagsbesøg) til interesserede læger enten i Oligofreniklinikken eller hos psykiatrisk speciallægekonsulent på Sjølund i Skanderborg.
- Være del af et aktivt tværfagligt udviklings- og forskningsmiljø.

For øvrige faggrupper gælder det, at der på nuværende tidspunkt ikke er det store problem i forhold til at skaffe sygeplejersker eller psykologer, men det vil være vigtigt af hensyn til den fremtidige rekruttering, at området bliver mere kendt. En måde at blive mere kendt på er ved at byde sig til som uddannelsessted.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At der etableres observationsforløb/introduktionsbesøg for yngre læger i kursusstillinger.
- At der tilbydes 1-dags introduktionsforløb for særligt interesserede almenpraktiserende læger, der gerne vil være "huslæger".

- At der etableres praktikforløb – enten længerevarende eller som punktpraktikker - for både sygepleje- og psykologstuderende, samt for sygeplejersker på specialuddannelse i oligofrenifunktionerne.

12.2 Målrettet kompetenceudvikling for psykologer og distriktssygeplejersker, så de under ansvar af en psykiater kan udføre og overtage nogle af de kliniske opgaver, som psykiatere udfører i dag

Der findes i øjeblikket kun 5,5 psykiatere i Danmark med særlig viden om mennesker med både udviklingshæmning og psykisk sygdom.

På den baggrund er det meget relevant at arbejde videre med anbefalingen fra rapporten "Sociale forskelle i sundhed, udarbejdet af det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed, som siger:

- at der igangsættes målrettet kompetenceudvikling for psykologer og distriktssygeplejersker, så de under ansvar af en psykiater kan udføre og overtage nogle af de kliniske opgaver, som psykiatere udfører i dag.

Et højt fagligt niveau hos distriktssygeplejerskerne på oligofreniområdet betyder, at de som udgangspunkt skal have en bred psykiatrisk viden og erfaring, og at de løbende har mulighed for at følge med i den nyeste viden, både på psykiatriområdet og om mennesker med udviklingshæmning. En bred somatisk erfaring og viden er også nødvendig; for eksempel vil erfaring fra gerontopsykiatrien være meget brugbar. I forhold til psykiatri og somatik skal sygeplejerskerne være generalister, mens de skal være specialister i forhold til udviklingshæmning. Der skal være adgang til supervision både af psykiatere og psykologer, samt deltagelse i faglige netværk med andre sygeplejersker²² inden for området.

Erfarne distriktssygeplejersker vil kunne aflaste psykiateren/overtage og udføre følgende opgaver fremadrettet ved:

- at kunne understøtte den almenpraktiserende læges behandling af de mindre komplicerede tilstande – shared care-modellen.
- at forestå en stor del af udredningen – i samarbejde med egen læge og kommunal kontaktperson/ressourceperson - gennem indsamling af data, observation og screening, som grundlag for den lægelige diagnosticering.
- i samarbejde med almenpraktiserende læge at planlægge somatisk udredning.
- undervise og vejlede de sociale medarbejdere i forhold til den konkrete patient eller generelt.

Et højt fagligt niveau hos psykologerne på oligofreniområdet betyder, at de som udgangspunkt skal have en bred psykiatrisk viden og erfaring, at de løbende har mulighed for at følge med i den nyeste viden både på psykiatriområdet og om mennesker med udviklingshæmning, og let adgang til de nyeste forskningsresultater på området. Erfaring fra almenpsykiatrien, gerontopsykiatrien, PPR-området og neuropsykologisk specialviden er meget brugbar. I forhold til psykiatri skal de være generalister, mens de skal være specialister i forhold til udviklingshæmning. Det vil være relevant, at psykologer, som er tilknyttet oligofrenifunktionen, tænkes ind i uddannelsesforløb i forbindelse med etablering af den nye uddannelse af specialpsykologer.

²² Der er etableret et sygeplejefagligt netværk bestående af bestående af sygeplejerskerne fra Sødisebakke, Døvblindecentret i Ålborg, Sølund og Oligofreniteamet i Herning.

Der skal være adgang til supervision både af psykiatere og psykologer, samt deltagelse i faglige netværk med andre psykologer inden for området og andre specialområder.

Erfarne psykologer vil kunne aflaste psykiateren og/eller overtage og udføre følgende opgaver fremadrettet ved:

- at kunne understøtte den almenpraktiserende læges behandling af de mindre komplicerede tilstande – shared care-modellen.
- udarbejde hele grundlaget for diagnosticeringen gennem indsamling af data, observation og testning/screening.
- undervise og vejlede de sociale medarbejdere i forhold til den konkrete patient eller generelt.

Uanset hvordan en kompetenceudvikling organiseres, drejer det sig om meget få medarbejdere i Region Midtjylland. Derfor finder arbejdsgruppen, at det vil være hensigtsmæssigt på dette område at indgå i et samarbejde med de øvrige regioner for sammen at iværksætte et kompetenceudviklingsforløb for psykologer og sygeplejersker med henblik på opgaveglidning.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at medarbejderne i oligofreniområdet sikres adgang til løbende kompetenceudvikling, både inden for udviklingshæmning specifikt og psykiatri generelt.
- at Region Midtjylland indleder et samarbejde med de øvrige regioner med henblik på etablering af målrettede kompetenceudviklingsforløb for sygeplejersker og psykologer på oligofreniområdet.
- at psykologerne i oligofrenifunktionerne tænkes ind i den nye uddannelse af specialpsykologer.

13. Generel efteruddannelse af personalet, som arbejder med udviklingshæmmede med psykisk sygdom

For at sikre, at de mennesker med udviklingshæmning, der har brug for psykiatrisk udredning og behandling bliver hjulpet, er det først og fremmest vigtigt, at de medarbejdere, der har den daglige kontakt, har tilstrækkelig viden om hyppigheden af psykisk sygdom hos mennesker med udviklingshæmning, og har tilstrækkelig viden til at kunne observere brugerne for symptomer på psykiatrisk lidelse samt til at kunne formidle deres observationer til behandleren. Desuden er det af væsentlig betydning, at der i de sociale tilbud er tilstrækkelige kompetencer til at kunne observere effekten af behandlingen og samarbejde om opfølgningen på behandlingen.

Der har gennem tiden været lavet rigtig mange uddannelses tiltag rettet mod de medarbejdere, der er i den daglige kontakt med mennesker med udviklingshæmning. Tiltag, hvorfra man kan hente mange gode erfaringer. Samtidig er en af de helt store udfordringer for området, at inden for de næste 10 år vil rigtig mange af de pædagogiske medarbejdere, som er kommet til området i forbindelse med udlægningen af Særforsorgen i 1980, gå på pension.

Ud over den udfordring, det giver i forhold til rekrutteringen til området, giver det også en kæmpe udfordring i forhold til opkvalificering af de mange nye medarbejdere. Dette skal der tages højde for i forbindelse med planlægning og dimensionering af fremtidige uddannelsesinitiativer.

Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning udbyder en række kurser²³ til medarbejdere, som arbejder med mennesker med udviklingshæmning, både som ordinære kurser eller som kurser, der er skræddersyet konkret til den enkelte enhed. Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning tilstræber i forbindelse med udvikling at undervisningsforløb at lave undervisningsmateriale/kompendier, der kan bruges i enhederne fremadrettet.

Som tidligere nævnt uddannede man i det tidligere Ringkøbing Amt en række nøglepersoner, som kunne fungere som ressourcepersoner på oligofreniområdet i forhold til deres kollegaer i de sociale tilbud. Let tilgængelighed for alle medarbejdere, som arbejder med mennesker med udviklingshæmning, til ressourcepersoner på oligofreniområdet vil til en vis grad kunne kompensere det for det store videnstab, som vil ske på området, når mange erfarne medarbejdere går på pension over en kort årrække.

Også NDU (Netværk for Domfældte Udviklingshæmmede) udbyder kurser - på nuværende tidspunkt f.eks. et modul-opdelt efteruddannelsesforløb til medarbejdere, som arbejder med domfældte udviklingshæmmede²⁴.

Desuden udbyder Videncenter Skanderborg Sølund en lang række kurser²⁵.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der tages kontakt til Servicestyrelsen med henblik på, at der tages nogle landsdækkende uddannelsesinitiativer, der kan modvirke de store videnstab, som vil ske, når de erfarne medarbejdere på området går på pension.
- at Region Midtjylland i samarbejde med Netværk for Domfældte Udviklingshæmmede (NDU), Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning og kommunerne tager initiativ til udvikling og planlægning af mere strukturerede efteruddannelsesstilbud til medarbejdere i de sociale tilbud for mennesker med udviklingshæmning.
- at det faglige netværk, bestående af nøglepersoner på området, får til opgave fortløbende at samle op på behovet for uddannelse af personalet i de sociale tilbud.

14. Rapportens anbefalinger - sammenfatning

Nedenstående er en sammenfatning af rapportens anbefalinger.

Aktuel status på de nuværende oligofrenitilbud i Region Midtjylland:

Arbejdsgruppen anbefaler her:

- at der rettes henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på en afklaring af mulighederne for en fremtidig finansiering.

Den nuværende målgruppe:

Den nuværende målgruppe for oligofrenitilbuddene er defineret som:

- IQ på < 70
- Ikke senhjerneskadede (dvs. ikke efter 3-4 års alderen)

²³ På dette link kan ses kursusudbuddet for 2010: <http://www.oligo.dk/Kurser.aspx>

²⁴ På dette link ses kursusudbud for 2010: <http://www.ndu.dk/kurser.aspx>

²⁵ På dette link ses kursusudbud for 2010: www.viss.dk

- Nyhenviste fra 18 år (fra 21. år – overflyttet fra børne- og ungdomspsykiatrien) og derover

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at den primære målgruppe for oligofrenitilbuddene fastholdes.
- at der laves en målrettet indsats for, at alle de patienter, som ikke er i den primære målgruppe, får det relevante behandlingstilbud, hvor de hører til (at ingen patienter falder mellem 2 stole).

Hyppighed af psykiatriske sygdomme hos mennesker med udviklingshæmning - konklusion:

Det betyder, at der i Region Midtjylland nu vil være mellem 750 og 1125 voksne med udviklingshæmning, som har brug for et specialiseret behandlingstilbud i de regionale oligofrenifunktioner.

Antallet vil være stigende, dels på grund af stigningen i antallet af mennesker med udviklingshæmning, dels – og især på grund af stigningen i antallet af ældre med udviklingshæmning (tabel 2).

Den fremtidige organisering af oligofreniindsatsen i Region Midtjylland:

Fagligt indhold:

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at den primære opgave for oligofrenifunktionerne er udredning og igangsættelse af behandling, mens opfølgningen på behandlingen i videst mulige omfang skal ske hos egen læge.
- at der udarbejdes behandlingsplaner for alle ambulante patienter i oligofrenibehandling.
- at der udarbejdes en model for samarbejdet mellem Oligofreniklinikken og neurologien.
- at der udarbejdes samarbejdsmodeller med kommunerne, som betyder, at den pædagogiske special-ekspertise i forhold til mennesker med udviklingshæmning kan indgå i udredningen og planlægningen af behandlingsindsatsen.

Screeningsredskaber med henblik på at undersøge, hvilke brugere med udviklingshæmning, der har brug for psykiatrisk udredning og behandling:

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at man iværksætter to pilotprojekter til afprøvning af DASH II som screeningsværktøj på to regionale bosteder, henholdsvis Nørholm Kollegiet og Saustrup.
- at pilotprojekterne gennemføres i foråret 2011.
- at planlægning og tovholderfunktionen på pilotprojekterne varetages af Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning.

Forsknings- og udviklingsinitiativer:

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der tilknyttes et ph.d-projekt til Oligofreniklinikken.
- at de planlagte udviklingsprojekter i forhold til brugen af ny teknologi i behandlingen i værksættes.
- at det nye center, etableret i et samarbejde mellem Århus Kommune og Region Midtjylland, bliver en aktiv medspiller i udviklingen af indsatsen til mennesker med udviklingshæmning og psykiatri.

Den fremtidige organisering af den regionale oligofreniindsats i Region Midtjylland:

Nedenstående tabel viser arbejdsgruppens anbefaling til en fremtidig organisering af oligofreniindsatsen i Region Midtjylland:

Enhed	Bemanning	Ca. beløb Regionen (2010 P/L)
Oligofreniklinikken, Risskov	1 ledn. overl./psykiater	993.600
	1 lægestilling) ²⁶	658.260
	1 kliniske psykologer	522.882
	2 distriktsspl.	919.080
	2 ²⁷ sekr./adm. medarbejder	720.360
Satellit Herning	2 distriktsspl.	919.080
I alt lønrelaterede kr. pr. år		4.733.262
Div. 60.000 kr. pr. medarbejder²⁸		500.000
I alt pr. år		5.233.262
Nuværende budget		2.100.000
Merudgift ift. forslaget		3.133.362

Behovet for sengepladser på oligofreniområdet:

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at Oligofreniklinikken i Risskov fortsat har en satellit placeret i Herning.
- at Oligofreniklinikken bemannes med en overlæge og og yderlig 1 lægestilling, 1-2 psykologer, 4 distriktssygeplejersker og 2 sekretærer.
- at man løbende vurderer behovet for sengepladser, således at man i forbindelse med implementeringen af masterplanen for Det fremtidige Universitetshospital, Risskov og udmøntningen af specialeplanen får placeret indlæggelsesopgaven i forhold til patienter med udviklingshæmning og psykiatrisk lidelse i et sengeafsnit med specialuddannet døgnpersonale.
- at overlægen i Oligofreniklinikken har det overordnede behandlingsansvar under indlæggelse.

²⁶ I stedet for en læge kan man ansætte en psykolog mere – derved bliver lønudgiften 135.000 kr. mindre pr. år.

²⁷ Aktuelt har Oligofreniklinikken 2 sekretærer

²⁸ Der er afsat 60.000 pr. medarbejder pr. år – undtaget de 2 sekretærer (afsat 40.000 kr.).

Det højere beløb er begrundet i forventet meget kørsel og behovet for ekstra uddannelse/kompetenceudvikling, specielt for sygeplejersker og psykologer.

Samarbejdsmodeller, der kan sikre, at de begrænsede speciallæge ressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt, herunder samarbejdet mellem de almenpraktiserende læger og socialområdet i forbindelse med henvisning til regionspsykiatrien/oligofrenibehandling:

Samarbejdet med de almen praktiserende læger:

Henvisningsvejledning/Praksis.dk:

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der udarbejdes en henvisningsvejledning til praksis.dk, som indeholder en præcisering af målgruppen, krav til forundersøgelser, samt en oversigt over hvilke oplysninger, behandlerne i Oligofreniklinikken har brug i forbindelse med visitation og udredning af patienten. En god henvisningsvejledning legitimerer samtidig, at der kan stilles krav til kvaliteten af de fremsendte henvisninger.
- at der på henvisningsvejledningen til oligofrenibehandling henvises til enkelte relevante screeningsredskaber, som med fordel kan benyttes af lægerne i almenpraksis.

Shared care-model:

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der på oligofreniområdet arbejdes med to modeller for shared care:
Model 1: Oligofrenisygeplejerskerne har samme funktion/samme samarbejdsform med de almenpraktiserende læger, som de almenpsykiatriske mobilteams. Behandlingsansvaret fastholdes hos den almenpraktiserende læge, mens sygeplejersken stiller sin særlige viden, samt muligheden for at trække på psykiater og psykolog i Oligofreniklinikken til rådighed for den almenpraktiserende læge. Den almenpraktiserende læge vurderer løbende i samarbejde med sygeplejersken, om der er behov for henvisning til oligofrenifunktionen.
Model 2: At der i forbindelse med alle de behandlingsforløb, som indledes i oligofrenifunktionen, udarbejdes en shared care-aftale, som klart definerer ansvars- og opgavefordeling i evt. ventetid, under behandlingsforløbet og i efterforløbet. Herunder at receptfornyelse er en opgave, som altid løses af egen læge. Desuden beskrives oligofrenisygeplejerskernes funktion i efterforløbet.
- I forbindelse med visitationen til oligofrenibehandling træffes der beslutning om, hvem den behandlingsansvarlige læge er: den almenpraktiserende læge eller oligofrenifunktionens læge.

De særligt interesserede almenpraktiserende læger – "huslæger":

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at de enkelte botilbud indleder dialog med de praktiserende læger med henblik på at få tilknyttet bestemte læger/lægepraksis til botilbuddet/beboerne som en slags "huslæger", der over tid kommer til at kende botilbuddet og dets beboere godt.

Samarbejdet med kommunerne:

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at man i første omgang mobiliserer de allerede uddannede nøglepersoner for at genetablere et tværgående fagligt netværk.
- at man i samarbejde med det faglige netværk udarbejder oplæg til en funktionsbeskrivelse for nøglepersoner på oligofreniområdet.
- at kommunerne udpeger/ansætter uddannede nøglepersoner på området.

- at man i et samarbejde mellem det faglige netværk og Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning udarbejder forslag til et uddannelsesforløb, der kan sættes i gang med henblik på at uddanne nøglepersoner til alle kommuner i regionen.
- at Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning driver faglige netværk på området.
- at man i samarbejde mellem kommunen, egen læge og oligofrenisygeplejerskerne laver et for-visitationsforløb med henblik på at kvalificere visitationsprocessen.

Sundhedsaftale:

Arbejdsgruppen anbefaler, at en sundheds-/samarbejdsaftale på oligofreniområdet skal indeholde følgende punkter:

- Den almenpraktiserende læges opgaver og ansvar.
- Kommunens opgaver og ansvar, herunder evt. nøglepersons funktion.
- Oligofrenitilbuddets opgaver og ansvar.
- Samarbejdet mellem egen læge og oligofrenisygeplejerskerne.
- Samarbejdet mellem de kommunale nøglepersoner og oligofrenisygeplejerskerne.
- I forbindelse med henvisning til behandling:
 - hvilken viden der skal formidles til hvem af hvem (kommunen til egen læge og Oligofreniklinikken, egen læge til Oligofreniklinikken, Oligofreniklinikken til egen læge og kommune/botilbuddet)
 - procedure for for-visitationsforløb
- I forbindelse med den ambulante behandling:
 - hvordan samarbejdet er mellem Oligofreniklinikken og egen læge (shared care-aftaler)
 - hvordan relevant viden formidles til kontaktpersonen til brug for observationer af effekten af behandlingen, herunder eventuelle bivirkninger
 - samarbejdet mellem den konkrete behandler og det sociale tilbud
- I forbindelse med indlæggelse:
 - hvordan formålet med indlæggelsen afklares/aftales
 - hvilke ressourcepersoner, regionspsykiatrien kan trække på under indlæggelsen
 - aftaler omkring konferencer og varsling for indkaldelse til konferencer
 - varsling af udskrivning
 - samarbejde med evt. socialt tilbud under indlæggelsen.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der i forbindelse med udarbejdelse af 2. generationsaftalerne udarbejdes rammer for en fælles sundhedsaftale på oligofreniområdet.
- at udkastet til sundhedsaftalen udarbejdes af en mindre arbejdsgruppe nedsat hertil.

Rekruttering og kompetencer:

Initiativer for at få flere psykiatere og andre faggrupper til at interessere sig for og arbejde med psykisk sygdom hos mennesker med psykisk udviklingshæmning:

Arbejdsgruppen har opregnet en række anbefalinger, som kan medvirke til at gøre ansættelse i området mere iøjnefaldende og attraktivt for læger:

- En større regionsdækkende organisation med en kapacitet og en organisering, som gør det muligt at løse den definerede opgave.
- En spændende organisation, som allerede nu nyder stor national og international bevågenhed, og med mulighed for at sætte sit eget præg på den fremtidige udvikling.
- Mulighed for en indkøringsfase/introduktion til området, inden den nuværende ledende overlæge trækker sig tilbage.

- Vagtfri stilling.
- En stilling med mulighed for patientkontakt, undervisning, tværsektorielt samarbejde med praksissektoren og forskning.
- Muligheder for at udfordre brugen af de teknologiske muligheder i forhold til behandling og kommunikationen på tværs af regionen/landet.

Andre initiativer, der kunne sættes i værk for at gøre læger interesseret i området:

- Kursusstilling for yngre læger.
- Muligheden for at observationsforløb i forbindelse med kursusstillinger andre steder i psykiatrien.
- Tilbud om introduktionsbesøg (1-dagsbesøg) til interesserede læger enten i Oligofreniklinikken eller hos psykiatrisk speciallægekonsulent på Sølund i Skanderborg.
- Være del af et aktivt tværfagligt udviklings- og forskningsmiljø.

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der etableres observationsforløb/introduktionsbesøg for yngre læger i kursusstillinger.
- at der tilbydes 1-dags introduktionsforløb for særligt interesserede almenpraktiserende læger, der gerne vil være "huslæger".
- at der etableres praktikforløb – enten længerevarende eller som punktpraktikker - for både sygepleje- og psykologstuderende, samt for sygeplejersker på specialuddannelse i oligofrenifunktionerne.

Målerettet kompetenceudvikling for psykologer og distriktssygeplejersker, så de under ansvar af en psykiater kan udføre og overtage nogle af de kliniske opgaver, som psykiatere udfører i dag:

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at medarbejderne i oligofreniområdet sikres adgang til løbende kompetenceudvikling, både inden for udviklingshæmning specifikt og psykiatri generelt.
- at Region Midtjylland indleder et samarbejde med de øvrige regioner med henblik på etablering af målrettede kompetenceudviklingsforløb for sygeplejersker og psykologer på oligofreniområdet.
- at psykologerne i oligofrenifunktionerne tænkes inde i den nye uddannelse af specialpsykologer.

Generel efteruddannelse af personalet, som arbejder med udviklingshæmmede med psykisk sygdom

Arbejdsgruppen anbefaler:

- at der tages kontakt til Servicestyrelsen med henblik på, at der tages nogle landsdækkende uddannelsesinitiativer, der kan modvirke det store videnstab, som vil ske, når de erfarne medarbejdere på området går på pension.
- at Region Midtjylland i samarbejde med Netværk for Domfældte Udviklingshæmmede (NDU), Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning og kommunerne tager initiativ til udvikling og planlægning af mere strukturerede efteruddannelses tilbud til medarbejdere i de sociale tilbud for mennesker med udviklingshæmning.
- at det faglige netværk, bestående af nøglepersoner på området, får til opgave fortløbende at samle op på behovet for uddannelse af personalet i de sociale tilbud.

15. Bilag

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. den fremtidige organisering af indsatsen på oligofreniområdet

Baggrund:

Med psykiatriplanen fra april 2008 er der truffet beslutning om følgende:

"Blandt psykiske udviklingshæmmede optræder psykiske forstyrrelser med langt større hyppighed end i normalbefolkningen. Jo sværere udviklingshæmning, jo større er sandsynligheden for en psykisk sygdom. Blandt udviklingshæmmede har cirka halvdelen af beboerne i boformer adfærdsforstyrrelser eller egentlige psykiske sygdomme.

Indsatsen på oligofreni området bør styrkes, herunder gennem øgede muligheder for forskningsstillinger på området. Derudover skal indsatsen ske i samarbejde med praktiserende læger, kommuner og botilbud. Indsatsen bør i høj grad basere sig på vidensdeling og vidensspredning om området til relevante medarbejdere i kommunalt regi og på bo- og dagtilbud. Vidensdeling og vidensspredning skal ske på et niveau, så pædagogiske personale tæt på patienten kan håndtere "dagligdagens" indsats overfor gruppen. De specialiserede lægefaglige ressourcer på området skal hovedsageligt reserveres til komplicerede udredninger i enkelt sager.

Center for Oligofrenipsykiatri i Århus vil være omdrejningspunkt for oligofrenipsykiatrien. Det eksisterende oligofreniteam i Herning knyttes til centret, ligesom der under centret oprettes et oligofreniteam i Horsens."

Regionsrådet i Region Midtjylland har nedsat et midlertidigt udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed. Udvalget har i en rapport fra 30. marts 2009 præsenteret en række anbefalinger om forebyggelse og behandling inden for en række områder, herunder for psykisk sygdom hos mennesker med psykisk udviklingshæmmede:

- *at der igangsættes en målrettet kompetenceudvikling for psykologer og distriktssygeplejersker, så de under ansvar af en psykiater kan udføre og overtage nogle af de kliniske opgaver, som psykiatere udfører i dag.*
- *at der arbejdes på at få flere psykiatere til at interessere sig for og arbejde med psykisk sygdom hos psykisk udviklingshæmmede.*
- *at der sættes gang i en generel efteruddannelse af det personale, som arbejder med udviklingshæmmede med psykisk sygdom.*
- *at der udvikles et screeningsredskab/et skema, som kan anvendes af institutionspersonale som hjælp til at afgøre, om en beboer bør henvises til psykiatrisk undersøgelse. Screeningsmetoden afprøves som et pilotprojekt på to af Region Midtjyllands bosteder, som har udviklingshæmmede beboere med henblik på en eventuel senere udbredelse.*

Status på den aktuelle personalesituation på oligofreniområdet i Region Midtjylland:

Der er aktuelt kun én psykiater i Oligofreniklinikken i Risskov, som arbejder med psykisk sygdom hos mennesker med udviklingshæmning. Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning har ansat psykologer. Derudover er der et oligofreniteam i Herning, bestående af én sygeplejerske.

Specielt er speciallæge-situationen meget alvorlig, og det er nødvendigt med ekstraordinære initiativer for at fremtidssikre funktionen og fastholde den særlige viden, som er opbygget inden for området.

Formålet med arbejdsgruppens indsats:

- at komme med forslag til, hvordan den nødvendige udredning og behandling kan sikres i Region Midtjylland. I forslaget indarbejdes anbefalingerne fra det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed.

Arbejdsgruppens opgave:

- At udarbejde forslag til den fremtidige organisering af indsatsen på oligofreniområdet i Region Midtjylland. Et forslag, som:
 - sikrer den fremtidige indsats på oligofreniområdet.
 - indeholder forslag til, hvordan området bliver fagligt attraktivt og styrker rekrutteringen til området.
 - sikrer en adgang til nødvendig udredning og behandling i hele Region Midtjylland.
 - kommer med forslag til, hvordan de begrænsede specialiserede lægefaglige ressourcer bruges bedst muligt, herunder hvilken betydning dette vil få for organiseringen af samarbejdet med egen læge, kommuner og botilbud.
 - kommer med forslag til, hvordan vidensdeling og videnspredning kan organiseres, således at den kommer de medarbejdere, som er tættest på de udviklingshæmmede borgere i hverdagen, til gavn.

Deltagere i arbejdsgruppen:

Regionale repræsentanter:

- 2 repræsentanter fra Center for Oligofrenipsykiatri, Århus Universitetshospital Risskov
 - ledende overlæge Kurt Sørensen
 - koordinerende psykolog Trine R. Knudsen
- Oligofreniteamet, Regionspsykiatrien Herning
 - Jette Nielsen, projektsygeplejerske
- 2 repræsentanter fra Center for Voksensocial:
 - Poul Erik Hansen, Saustrup (udviklingshæmmede)
 - Heines Marker, Nørholm Kollegiet (udviklingshæmmede med dom)
- Socialchef Charlotte Josefsen, psykiatri- og socialledelsen, formand
- Elisabeth Westergaard, planlægningsafdelingen (sekretariatsfunktion)

Samarbejdspartnere:

- Praksiskonsulent Henrik Nordentoft, inddrages ad hoc
- 2-4 repræsentanter fra kommunerne (udpeget af KKR)
 - Troels Gram Bruun, speciallæge konsulent, Sølund, Skanderborg Kommune
 - Vagn Mastrup, fagkonsulent, Skive Kommune

Proces:

Der planlægges 2 faser i processen:

1. Intern fase (2 møder):

Med deltagelse af regionens repræsentanter.

Møderne er dels en intern drøftelse af, hvordan den fremtidige organisering af oligofreniområdet kunne se ud, og hvordan området kunne styrkes/fremtidssikres (idéfase). Dels en forberedelse af møde med samarbejdspartnere, herunder hvilke ønsker, oligofrenifunktionerne kan have til samarbejdspartnerne vedr. det fremtidige

samarbejde og hvilke indsatser fra samarbejdspartnerne, som kunne være med til at understøtte funktionen. På baggrund af møderne udarbejdes et oplæg til møderne i den tværsektorielle arbejdsgruppe.

2. Tværsektorielle arbejdsgruppe (min. 2 møder):

Med deltagelse af både regionens repræsentanter og de udpegede samarbejdspartnere. Med udgangspunkt i oplægget drøftes forslag til den fremtidige organisering af indsatsen på oligofreniområdet i Region Midtjylland, jf. arbejdsgruppens opdrag.

1. udkast til rapport udarbejdes og drøftes.

Reference:

Arbejdsgruppens refererer til psykiatri- og socialledelsen, som på baggrund af arbejdsgruppens oplæg, træffer beslutning om den videre proces.

Bilag 2:

Nedenstående er en række eksempler på henvisninger, oligofrenitilbuddene får – hvor det er gråzone-sager, hvor patienterne må afvises, hvis målgruppen holdes meget stramt:

Eks. 1:

En 17-årig pige med mental retardering i uspecificeret grad. Hun har tidligere været gennem et kortvarigt forløb via BUC, men er afsluttet derfra for 2 år siden. Hun har problemer med tvangshandlinger og angst, og egen læge beder om vores hjælp til løsning af dette problem. Da patienten først bliver 18 år om 5 måneder, afvises hun, og egen læge opfordres til at henvise til børne- og ungdomspsykiatrien.

Eks. 2:

Kvinde i 40'erne, som er mentalt retarderet i let grad, og som er henvist pga. angst og depression, samt tilbøjelighed til psykotiske oplevelser i pressede situationer. Hun har tidligere været udsat for voldtægt og har været gennem et psykologforløb i Oligofreniklinikken. Den psykiatriske problemstilling har været velbehandlet i lokalpsykiatrien. Oligofreniklinikken foreslår, at den behandlingskontakt, der er velkendt og tryk for patienten, opretholdes, men i lokalpsykiatrien afviser man, idet de ikke har kendskab til udviklingshæmning.

Eks. 3:

20-årig kvinde med skolegang i specialskoler. Bor sammen med stofmisbrugende kæreste, men vil gerne flytte fra ham, idet hun er blevet bidt af en af hans 5 kamphunde.

Hun har et meget aktivt seksualliv i forhold til fremmede mænd, og der er bekymring for, at hun kan være på vej ind i prostitution. Psykologisk udredning peger ret entydig på, at hun har ADHD, men et behandlingsforsøg med central stimulerende midler er utænkeligt, så længe hun lever sammen med en bl.a. kokain-misbrugende kæreste. Den akutte socialpsykiatriske opgave er at hjælpe hende til at finde en passende boform, hvor der kan opstilles så strukturerede rammer, at behandling kan indledes. At hjælpe patienten hermed har tidligere været en selvfølgelig del af oligofreniklinikkenes virksomhed.

Ovenstående er eksempler på henvisninger, hvor problematikken ikke er rent psykiatrisk. Henvisninger der, som konsekvens af en meget stram defineret målgruppe, skal afvises. Det

giver en række svære etiske og faglige dilemmaer for medarbejderne i oligofrenifunktionerne at skulle afvise patienterne, da deres behandlingstilbud ville kunne hjælpe disse patienter.