



15.08.18

## **Forebyggelsestilbud til borgere med psykisk lidelse - Anbefalinger fra Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom**

Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom har ansvar for indsats 48: *Fastlægge principper for hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.*

DAS har i februar 2018 godkendt, at indsats 48 reformuleres til: *Hvad er udfordringen i forhold til at styrke borgere med psykisk sygdoms egenmotivation ift. forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, herunder om de eksisterende kontakter med borgeren kan udnyttes bedre.*

### **Baggrund**

Borgere med svære psykiske lidelser dør gennemsnitligt 15-20 år tidligere end den øvrige del af den danske befolkning. Overdødeligheden kan i cirka 60 % af tilfældene tilskrives somatiske sygdomme, især hjerte-kar-sygdomme, blodprop i hjernen og hjerneblødning (*Vidensråd for Forebyggelse: Psykisk sygdom og ændringer i livsstil*).

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden 2017 viser, at lidt over en tredjedel af borgere med svær psykisk lidelse har en eller flere andre samtidige kroniske sygdomme, hyppigst KOL. Samtidig er færre borgere med svær psykisk lidelse i kontakt med almen praksis, speciallægepraksis og somatiske hospitaler, end det ses for borgere med andre kroniske sygdomme.

Arbejdet med denne indsats er beslægtet med og inspireret af øvrige aktuelle indsatser, eksempelvis projekt vedrørende mennesker med svær psykisk lidelse og type 2 diabetes samt indsats 7 under sundhedsaftalen vedrørende sårbarhedsbegrebet.

### **Hvad er udfordringen?**

Undersøgelser har gennem de senere år vist, at mennesker med psykiske lidelser har samme eller større interesse som den øvrige del af befolkningen i at ændre livsstil og leve sundt (Ex. *Vidensråd for Forebyggelse 2015: Psykisk sygdom og ændringer i livsstil*). Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden 2017 viser, at flere borgere med

svær psykisk lidelse er motiverede for adfærdsændring i forhold til rygning, alkohol og kost, end man ser det blandt borgere med andre kroniske sygdomme.

Det er altså ikke nødvendigvis manglende interesse eller motivation hos borgerne, der er den største udfordring. Det kan være en særlig stor udfordring for mennesker med psykisk lidelse at ændre livsstil. De psykiske lidelser kan gøre det svært at fastholde motivationen eller at deltage i aktiviteter med andre. Samtidig kan medicinen i sig selv være en barriere. Borgere med svære psykiske lidelser er ofte også belastet af sociale problemstillinger, ligesom misbrug er hyppigt forekommende. Borgerne kan opleve, at de almindelige forebyggelses- og behandlingstilbud ikke passer til dem, og at der mangler tilbud, der er særligt tilpasset dem. Borgere med psykisk lidelse har derfor i særlig høj grad brug for et miljø og tilbud, der understøtter vejen til et sundere liv.

Flere undersøgelser peger desuden på, at professionelle behandleres negative holdninger til livsstilsforandringer kan være en barriere (Vidensråd for Forebyggelse 2015: Psykisk sygdom og ændringer i livsstil). Det kan være holdninger hos både personale i den somatiske og den psykiatriske del af sundhedsvæsenet samt på det sociale område. Holdningerne kan bunde i manglende viden og kan for eksempel handle om, at det ikke er væsentligt at arbejde med den somatiske sundhed for borgere med psykiske lidelser, fordi det er vigtigere at fokusere på den psykiske sundhed, eller om at mennesker med psykiske lidelser skal "have lov" til at ryge, spise usundt eller have et misbrug, fordi de har så få glæder i livet.

Der er forskellige udfordringer i forskellige faser af en borgers liv og sygdomsudvikling. For borgere med psykisk sårbarhed eller lettere symptomer på psykisk sygdom vil det for eksempel typisk handle om forebyggelse og om, at der skal være viden om psykisk sårbarhed og forebyggelse af somatisk sygdom hos de professionelle i de almindelige tilbud i alle sektorer. For borgere med let eller moderat psykisk sygdom vil det for eksempel være vigtigt, at de professionelle i alle sektorer har viden om de særlige forhold omkring somatiske sygdomme hos mennesker med psykisk sygdom, herunder om motivation og livsstilsændringer. For borgere i senere faser af deres sygdomsudvikling med svær psykisk sygdom kan det for eksempel være vigtigt med viden om opsporing og opsøgende indsatser samt viden om samspil mellem behandling af psykiske og somatiske sygdomme.

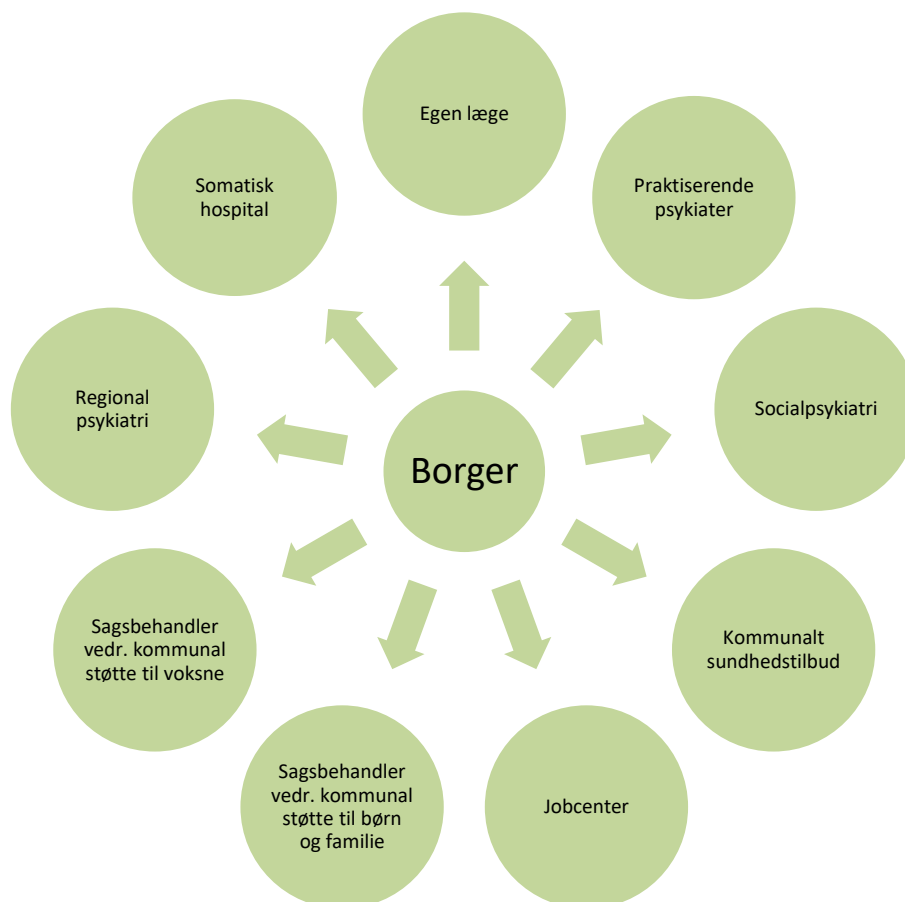
For gruppen af borgere med svære psykiske lidelser er såvel fleksibilitet i forhold til intensitet/hyppighed af kontakt som fleksibilitet i forhold til, hvem der på et givet tidspunkt bedst varetager kontakten, væsentlig for at opnå stabilt fremmøde til behandling for somatiske sygdomme.

Svære psykotiske og bipolare lidelser indeholder perioder med en vis stabilitet og perioder med ustabilitet. De ustabile faser betyder for personen med lidelsen, at hverdagen vendes på hovedet, man isolerer sig, ønsker ikke kontakt/kan ikke udholde kontakt til andre, bliver optaget af helt andre ting end almindelige hverdagsting, som fx at spise, sove, overholde aftaler med andre. I de ustabile

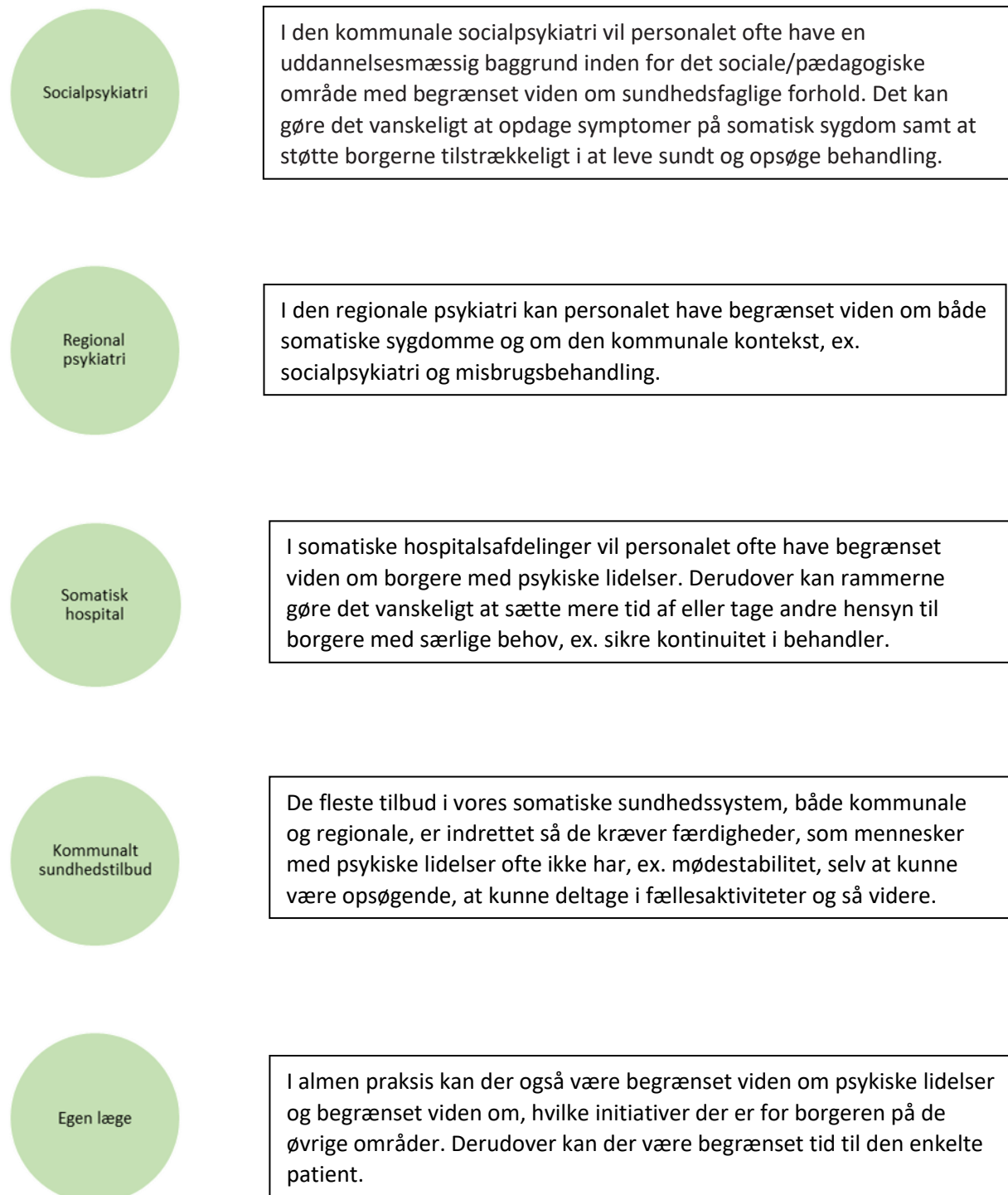
perioder vil personen have behov for intensiv kontakt til ambulante regionale medarbejdere fra psykiatrien, og det vil bero på konkrete vurderinger – nogle gange på selve dagen for en aftale hos, fx egen læge eller et somatisk ambulatorie - om personen kan give fremmøde. I de mere stabile perioder vil en kommunal socialpsykiatrisk medarbejder kunne varetage motivationsarbejdet og følgeskab til fremmøde sammen med personen.

Borgere med psykiske lidelser har ofte kontakt til mange forskellige professionelle i forskellige sektorer og fra forskellige faggrupper. Figuren nedenfor viser eksempler på de forskellige professionelle kontakter, en borger med psykisk lidelse kan have. For den enkelte borger kan der selvfølgelig være tale om færre eller flere kontakter.

De mange kontakter kan i sig selv være en udfordring. Men det giver også god mening at tage udgangspunkt i de eksisterende kontakter med borgeren, hvis man vil arbejde med at styrke sundhedstilstanden for borgere med psykisk lidelse.



Der kan imidlertid være udfordringer og barrierer i forhold til ønsket om at udnytte de eksisterende kontakter til at styrke denne målgruppes deltagelse i forebyggende og behandlingsmæssige tilbud i forhold til latent eller eksisterende somatisk sygdom. Dels kan der være særlige udfordringer på hvert enkelt område, som borgeren er i kontakt med, og dels kan der være generelle udfordringer i forhold til samarbejde og koordination de forskellige områder imellem.



## Arbejdsgruppens anbefalinger

Der har i de senere år været arbejdet med sundhedsfremmende indsatser for borgere med psykiske lidelser i mange kommuner, og der er høstet mange gode erfaringer. Der er megen eksisterende viden på området, men den skal ud at leve.

- Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom anbefaler, at der tages udgangspunkt i de eksisterende kontakter, som borgere med psykisk sygdom allerede har til professionelle, når der skal arbejdes med at styrke denne målgruppes deltagelse i forebyggende og behandlingsmæssige tilbud i forhold til latent eller eksisterende somatisk sygdom. Det vil ofte være professionelle fra såvel kommune som region, som borgeren er i kontakt med på baggrund af den psykiske lidelse.
- Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom vurderer, at der er behov for koordinerede samtidige indsatser og samarbejdsstrukturer, hvis man skal lykkes med at udnytte det potentiale, der er i at tage udgangspunkt i borgerens eksisterende kontakter. Det gælder især for borgere med svære psykiske lidelser, der typisk vil have kontakter og forløb i flere sektorer.
- Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom vurderer desuden, at der er behov for kompetenceudvikling. At tage udgangspunkt i borgerens eksisterende kontakter og i den del af social- og sundhedssystemerne, der står for tilbud til borgere med psykiske lidelser, forudsætter kompetenceudvikling af medarbejdere på det sociale og pædagogiske område. De skal ikke være sundhedsprofessionelle, men de skal have en grundlæggende viden om sundhed og forebyggelse af sygdom og sundhedspædagogiske tiltag i forhold til målgruppen.
- Udover opkvalificering af det sociale/pædagogiske personale er det vigtigt at sikre, at der også er personale med sundhedsfaglig uddannelse i det fornødne omfang i de kommunale tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Her er der i praksis en oplevelse af, at det risikobaserede tilsyn har haft positiv betydning for prioritering af sundhed på kommunale og private socialpædagogiske bo- og dagtilbud.
- Social- og sundhedsområdet i kommunerne er organiseret forskelligt, men generelt er det oplevelsen, at der er behov for kontinuerligt at have fokus på at styrke samarbejdet mellem social- og sundhedsområdet med henblik på dels bedre kommunikation om enkelte borgere og dels erfaringsudveksling og vidensdeling de forskellige fagligheder imellem.
- Der er også behov for kompetenceudvikling af personalet i såvel det somatiske som det psykiatriske hospitalssystem vedrørende sårbare patienter og kontakten til dem.
- På tværs af sektorer er der også behov for løbende at udvikle samarbejdet og kommunikationen omkring de fælles borgere. Ofte vil man i den ene sektor have viden om borgerne/patienterne, som er værdifuld for indsatsen i den anden sektor. Det kan eksempelvis være vigtig viden i det somatiske hospitalssystem, at en patient har en psykiske lidelse og kræver lidt ekstra tid ved behandling. Det kan ligeledes være en forudsætning for borgernes fremmøde, at de bliver

ledsaget af en medarbejder fra et kommunalt tilbud. Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at kompetenceudviklingen etableres som tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling. Der kan eventuelt arbejdes med metoder som relationel koordinering.

I forbindelse med kompetenceudvikling kan der arbejdes med at udvikle materialer til formidling, for eksempel film. Der er afsat midler til denne indsats, der kan bruges til det.

Arbejdsgruppen peger på følgende mulige temaer for den tværfaglige og tværsektorielle kompetenceudvikling for personale i somatisk og psykiatrisk hospitalssektor, kommunalt regi og på praksis-området:

- Unge med psykisk sygdom og samtidigt misbrug og/eller hjemløshed  
Skabe fælles faglig viden, drøfte roller i samarbejdet.
- Borgere over 50 år med psykisk sygdom og somatisk komorbiditet  
Sundhedsfaglig opkvalificering af personale i socialpsykiatrien, skabe fælles faglig viden, drøfte roller i samarbejdet
- Kompetenceudvikling af personale i akutmodtagelser/skadestuer med fokus på at kunne vurdere det samlede funktionsniveau og den samlede situation hos patienter og få viden om sårbare patienter.

Arbejdsgruppen vedrørende patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom henviser til en anden indsats under sundhedsaftalen, indsats 7 vedrørende sårbarhed, som arbejdsgruppen også er ansvarlig for, og som har et vist overlap til denne indsats. Her anbefales det, at der i alle sektorer skabes mulighed for individuelt tilpassede forløb, herunder tilstrækkelige ressourcer i form af tid, kompetencer og kontinuitet i behandlerkontakt for sårbare borgere.

## **Bilag**

### **Beskrivelse af målgruppen**

I forbindelse med det aktuelle projekt vedrørende mennesker med svær psykisk lidelse og type 2 diabetes er der arbejdet med nedenstående gruppering af målgruppen mennesker med psykisk lidelse. Der er taget udgangspunkt i sværhedsgraden af den psykiske lidelse, da den er afgørende for, hvor i behandlingssystemet borgeren befinder sig, og dermed hvilke muligheder der er for kontakt med borgeren.

1. Let psykisk sygdom
2. Moderat psykisk sygdom
3. Svær psykisk sygdom

Borgerne kan skifte mellem grupperne i og med, at sværhedsgraden af deres lidelse varierer, ligesom sociale forhold (fx hjemløshed) og ændringer i livssituationen også har betydning.

Inddelingen af borgere med psykisk sygdom i henholdsvis let, moderat og svær psykisk sygdom er en meget overordnet inddelingen. En række individuelle forhold gør sig gældende når belastningsgraden af psykisk sygdom skal vurderes, fx funktionsniveau i forhold til daglige gøremål, selvmordsrisiko, patientens psykologiske indsigt, motivation for behandling, evne til at mestre symptomer, støtte fra omgivelser, tilknytning til arbejdsmarkedet, samtidig somatisk sygdom, misbrug, retspsykiatriske foranstaltninger og evt. anden psykisk komorbiditet m.m.

#### 1. Let psykisk sygdom

Denne del af målgruppen er kendetegnet ved mild belastningsgrad af ikke-psykotiske psykiske sygdomme samt bevaret evne til selv at reagere ved symptomer på forværring. Ofte vil der være en stabil og tæt relation i nærmiljøet, som er klar over hvilken støtte der skal gives, og som er i stand til at give denne støtte, når der er behov. For eksempel ved aftaler hos læge, medicinering, symptomforværring etc. Denne gruppe vil ofte have bevaret tilknytning til arbejdsmarkedet, og der vil oftest ikke være et samtidigt misbrug.

Det kan eksempelvis dreje sig om borgere med affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande, OCD, tilpasningsreaktioner, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og ADHD.

Patientgruppen behandles typisk af egen læge, privatpraktiserende speciallæge og/eller privatpraktiserende psykolog.

#### 2. Moderat psykisk sygdom

Denne del af målgruppen er kendetegnet ved moderat belastningsgrad af en ikke-psykotisk psykiske sygdomme i længere perioder, samt en i perioder nedsat evne til selv at reagere ved symptomer på forværring. Ofte vil der være en stabil og tæt relation i nærmiljøet, som er klar over hvilken støtte der skal gives, når der er behov for dette. Ofte vil støtten bestå i at sikre anden støtte fra professionel omsorgsperson ved fx aftaler hos læge, medicinering, symptomforværring etc. Patientgruppen vil ofte have perioder med manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, der kan være andre sociale problemstillinger og der vil ofte kunne være et samtidigt misbrug.

Det kan eksempelvis dreje sig om borgere med affektive lidelser, nervøse og stressrelaterede tilstande, OCD, tilpasningsreaktioner, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og ADHD.

Patientgruppen behandles typisk i hospitalsbaseret psykiatri; psykoterapeutiske ambulatorier eller specialambulatorier. Borgere med mindste belastningsgrad i

patientgruppen kan evt. behandles af egen læge eller privatpraktiserende psykiater, hvis de primært har brug for monofaglig behandling.

### 3. Svær psykisk sygdom

Denne del af målgruppen er kendetegnet ved svær belastningsgrad af en psykiske sygdom - ofte med psykotiske symptomer - i længere perioder, typisk i år, samt nedsat evne til selv at reagere ved symptomer på forværring. Ofte vil der ikke være en stabil og tæt relation i nærmiljøet, hvorfor støtte fra professionelle omsorgspersoner skal sikres af behandlingsenheden ved for eksempel aftaler hos læge, medicinering, symptomforværring etc. Patientgruppen har oftest ingen eller sporadisk tilknytning til arbejdsmarkedet, ofte også betydelige sociale problemstillinger i øvrigt og der vil ofte være et samtidigt misbrug, ligesom der kan være samtidige retspsykiatriske foranstaltninger. Denne patientgruppe tegner sig for hovedparten af sengeforbruget i den hospitalsbaserede psykiatri.

Det drejer sig ofte om borgere med skizofreni og andre psykoser, affektive lidelser i kombination med psykotiske symptomer eller aktuel selvmordsrisiko, livstruende spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser, hvor funktionsniveauet er så lavt, at det kan ligestilles med lidelser indenfor psykoseområdet.

Patientgruppen behandles typisk i hospitalsbaseret psykiatri; psykiatriske ambulatorier, opsøgende psykiatriske teams, OPUS for unge (18-35 år), Akut teams, samt under indlæggelse.



