

DANSKE
REGIONER



OPUS – Opsøgende behandling af psykotiske unge



OPUS – Opsøgende behandling af psykotiske unge

Indhold

4	1. Anbefalinger og målsætninger
7	2. Baggrund
7	3. Målgruppe
8	4. Udredning og diagnostik
10	5. Behandlingselementer
13	6. Varighed og afslutning
14	7. Effektmåling
16	8. Organisatoriske overvejelser
18	9. Etablering af OPUS-teams
19	10. Vurdering af de økonomiske konsekvenser
20	Bilag

Forord

Nærværende rapport har som overordnet formål at bidrage til at øge kvaliteten af behandlingen af psykotiske patienter gennem udbredelse af et samlet OPUS-koncept til hele landet. Behandlingen er i dag i en eller anden form tilgængelig for ca. 1/4 af befolkningen.

Derudover har arbejdsgruppen opstillet nogle anbefalinger i forhold til målgruppen og den konkrete implementering og organisering af de regionale OPUS-teams.

Anbefalingerne er baseret dels på erfaringer fra de eksisterende danske OPUS-teams og Tidlig interventionsteams i København, Århus, Odense og Aabenraa, og dels på resultater og anbefalinger fra WHO, NICE (National Institute for Clinical Excellence), TIPS m.v.

Det er tilstræbt, at rapportens afsnit og anbefalinger også i ordvalg følger særligt WHO og NICE, da den tekniske præcision gerne skulle bidrage til at øge rapportens anvendelighed.

1. anbefalinger og målsætninger

Kvalitetsudvikling og specialisering af de offentlige tilbud skal sikre, at den offentlige sektor også i fremtiden kan tilbyde syge borgere gode behandlingsmuligheder. At gøre et opsøgende behandlingstilbud som f.eks. OPUS¹ landsdækkende er et vigtigt skridt i denne retning.

Behandlingen af psykisk syge udvikles og forbedres hele tiden. Tiltag med opsøgende teams viser evidens for, at der kan spares sengedage, at frafald fra behandlingen kan mindskes, at flere kan bo selvstændigt og have tilknytning til

arbejdsmarkedet². I OPUS var der desuden højere brugertilfredshed og et mere gunstigt sygdomsforløb.

Det er ønsket at brede en målrettet og intensiv indsats for unge med debuterende skizofreni ud over hele landet.

Generne for unge med psykoser i skizofrenispektret er store og deres dagligdag bærer præg heraf. Det er derfor afgørende, at vi sætter en høj faglig standard og løfter indsatsen for denne gruppe mennesker. Det er således udvalgets anbefaling, at der sideløbende med

indførelsen af et samlet OPUS-koncept i hele landet opstilles målsætninger på en række parametre, der har indvirkning på patienternes hverdag.

WHO og International Early Psychosis Association pointerer, at identifikation og behandling af sygdommen så tidligt som overhovedet muligt er helt vitalt i forhold til prognosen af denne gruppe patienter.

Tidlig intervention og opfyldelse af de internationale målsætninger er en nødvendighed, hvis Danmark også fremover skal kunne leve op til kravene om at være verdens bedste sundhedsvæsen.

Derudover vil udbredelsen af OPUS til hele landet have en positiv virkning på nogle

OMRÅDE	International målsætning ³	Status i Danmark	Fremtidig målsætning ved landsdækkende OPUS
TVANG	Andelen af patienter, der oplever en eller anden form for tvang skal være på 25 % eller derunder	I de danske forsøg med OPUS har andelen været på ca. 25 %	Overordnet skal andelen holdes under 25 % og reduceres med 20 % over 5 år (dvs. til under 20 %)
SELMORDSRATE	Andelen af patienter, der begår selvmord inden for to år efter første diagnose skal være under 1 %	I danske forsøg med OPUS har andelen været på ca. 1 %	Andelen skal fortsat holdes under 1 % og reduceres med 20 % over 5 år
KONTAKT MED DE PÅRØRENDE	90 % af familierne skal føle sig respekterede og føle sig tilfredse med behandlingen	I danske forsøg med OPUS er tallet på ca. 90 %	Tilfredsheden skal fortsat være minimum 90 %

¹ Eller Tidlig interventionsteam som det kaldes i eksempelvis Odense og Aabenraa

² Jf. resultater fra danske forsøg med opsøgende behandling og resultater fra det norske TIPS

³ Fra "Early Psychosis Declaration", udsendt i samarbejde mellem WHO og International Early Psychosis Association

samfundsmæssige forhold.

De danske forsøg har således vist, at ca. 40 % af de patienter, der har modtaget behandling i OPUS er i uddannelse, arbejde eller revalidering, mens tallet for patienter, der ikke har været i OPUS-forløb kun er 32 %. Det er målsætningen, at øge denne andel med yderligere 20 % over de næste 5 år.

Kriminalitet hos psykisk syge er desværre et voksende problem i samfundet. I dag har 37 % af de, der får en dom til psykiatrisk behandling ikke tidligere haft kontakt til psykiatrien. Det er målsætningen, at denne andel over en 5-årig periode med OPUS-behandling i hele landet kan nedbringes med minimum 20 %. Indførelse af et landsdækkende OPUS vil således bidrage til at nedsætte kriminaliteten hos psykotiske patienter.

For at opfylde ovenstående målsætninger er udvalget kommet frem til en række anbefalinger, der beror på en gennemgang af resultaterne af de gennemførte OPUS-forsøg og på anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for udredning og behandling af skizofreni, WHO's Early Psychosis Declaration og standarderne for god kvalitet af behandlingen i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).

Arbejdsgruppen anbefaler, at

Tilbudet gives til alle unge mellem 14 – 35 år med psykose indenfor det skizofrene spektrum

Identifikation af sygdommen og igangsættelse af behandling sker så hurtigt som muligt

Hver patient tilknyttes som absolut minimum i 2 år (helst 5 år) til en primær behandler og et specialiseret behandlingsteam

Regionerne udarbejder klare retningslinjer for overgangen fra specialiseret behandling til anden behandling, så der sikres både fleksibilitet, kontinuitet og sikkerhed for patienten

Ved oprettelse af et OPUS-team skal befolkningsgrundlaget minimum være på ca. 200.000

Arbejdsgruppen vurderer, at udbredelsen af et samlet OPUS-koncept til hele landet vil medføre en årlig merudgift på ca. 120 mio. kr



2. Baggrund

I 1996 iværksatte to amter et forskningsforsøg med en opsøgende, målrettet og intensiv indsats for unge voksne med debuterende psykose. Resultaterne af forskningen foreligger nu, og de er entydigt positive.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2004 en revideret udgave af referenceprogram for udredning og behandling af skizofreni. Heri blev det anbefalet, at der indføres opsøgende psykoseteam, som er specialiserede tilbud til patienter med førsteepisode-skizofreni.

De aktuelle opsøgende behandlingstilbud, der er sat i værk, er imidlertid uensartede internt i og på tværs af regionerne, både med hensyn til indhold og organisering.

Danske Regioner har på denne baggrund ønsket at sikre, at den høje kvalitet i OPUS-behandlingen gøres let tilgængelig i hele landet. Målet er at gøre den kliniske model anvendelig som et instrument i regionernes planlægning og organisering af deres driftsopgaver.

Behandlingstilbudet falder i god tråd med den politiske målsætning om at styrke den ambulante, specialiserede og tidlige behandlingsindsats.

Det er samtidig ønsket, at udbredelsen af OPUS-konceptet til hele landet vil sætte gang i en øget forskningsindsats på området, hvor dette måtte mangle.

⁴Det vil med udgangspunkt i WHO's klassifikation sige alle patienter i F2-gruppen, med undtagelse af patienter med F21-diagnose

⁵Tallene er 2006-tal baseret på landsdækkende opgørelser for nye patienter i F2-gruppen minus det estimerede antal af patienter i denne gruppe, der har skizotypi (F21)

3. Målgruppe

Forsøgene med en tidlig og opsøgende indsats har primært været rettet mod unge voksne mellem 18 og 35(45) år med en debuterende psykose⁴.

Ovenstående afgrænsning udelukker ikke, at det kan være fagligt hensigtsmæssigt at inkludere nogle patienter med skizotypi og/eller andre psykiske lidelser i det intensive tilbud. Det vil være det regionale tilbuds opgave at vurdere og træffe beslutning om målgruppen skal udvides.

Hittidige erfaringer er baseret på patienter i alderen 18-35(45) år. Det er børne- og ungdomspsykiatriens vurdering, at der er faglige argumenter for at tilbyde specialiserede behandlingsforløb til unge ned til 14 år. Der kan endda være særlige tilfælde, hvor det kan være relevant at inkludere yngre patienter med udviklingsmæssigt samme behov som de 14 – 18 (21) årige. I sådanne tilfælde må det lokale tilbud forventes at udvise fleksibilitet. Samtidigt bør tilbuddet dog ikke gives til mindre børn med skizofreni, som ofte har helt andre behandlingsbehov.

Baseret på de hittidige erfaringer er det arbejdsgruppens faglige og praktiske vurdering, at den øvre aldersgrænse sættes ved 35 år. Begrundelsen herfor er, at behandlingen, herunder familieinterventionen, primært er rettet mod unge.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

Tilbudet gives til alle unge med en debuterende psykose indenfor det skizofrene spektrum

Tilbudet gives til patienter i alderen 14-35 år

Tilbudet til de 14-18 årige skal være forankret i børne- og ungdomspsykiatrien og så vidt muligt adskilles fra de tilbud, der ydes til de 18-35 årige

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der i målgruppen af patienter på 14-35 år med en debuterende psykose vil være en patienttilgang på 1000 – 1100 patienter årligt⁵

4. Udredning og diagnostik

Der er visse elementer i udredningsprocessen, der bør opfyldes for alle nye patienter. Herunder en række standarder, der eksplicit følger anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for skizofreni. Det forventes, at regionerne som minimum lever op til disse krav.

I forbindelse med udredningen af førsteepisode patienter med skizofreni skal mulighederne for andre årsager til sygdommens tilsyneladende udbrud afklares. En psykopatologisk udredning sikrer, at den komplekse symptomatologi ikke forveksles med andre psykiske lidelser, herunder f.eks. affektive lidelser som mani eller depression.

Der skal ligeledes foretages en somatisk undersøgelse, da psykotiske tilstande med symptomer som hallucinationer af og til kan vise sig at have en organisk sygdomsårsag, f.eks. på grund af temporallapsepilepsi eller fordi patienten har en endokrinologisk eller infektiøs sygdom. Inden antipsykotisk behandling iværksættes, bør somatiske årsager til den psykotiske tilstand derfor udelukkes.

Endelig er det vigtigt at undersøge eventuelle neurokognitive dysfunktioner. Det forventes, at neurokognitive forstyrrelser optræder med en hyppighed på mellem 75-80 % blandt patienter med skizofreni. Samtidig indikerer undersøgelser, at de neurokognitive forstyrrelser har afgørende betydning for det funktionelle udfald af sygdommen. De neurokognitive funktioner har således interesse for planlægningen og evalueringen af både sygdomsbehandling og rehabilitering.

Det hører med til den gode kliniske praksis at optage informationer om den præmorbid funktion og eventuelle symptomer, der har vist sig inden sygdommens udbrud. Det forventes ligeledes, at der indhentes oplysninger om eventuelle somatiske lidelser hos patient eller pårørende. Det er vigtigt, der spørges ind til varigheden af ubehandlet psykose, da oplysningerne herom har prognostisk værdi og

også kan have betydning for planlægningen af behandlingsforløbet. Det følger ligeledes af standarderne i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), at varigheden af den ubehandlede sygdom skal måles.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

Der til psykopatologisk udredning benyttes et standardiseret diagnostisk interview, som kan indtastes online

Patienterne gennemgår en somatisk og neurologisk undersøgelse. Man bør vurdere elektrolytstatus, blodglukose samt lever-, nyre- og thyroideafunktion. Det kan evt. overvejes at undersøge for lipider

Der tages blodprøve til genetisk undersøgelse

Der selv ved en normal neurologisk undersøgelse og ingen anamnesticke oplysninger om neurologisk lidelse eller alvorlige hovedtraumer foretages EEG og CT-scanning, mens MR-scanning af hjernen ikke rutinemæssigt er indiceret. For de yngste patienter i målgruppen er det uafklaret om indikationen for CT- eller MR-scanning af cerebrum bør skærpes set i forhold til de mulige konsekvenser af bestråling af hjernen, mens den stadig er under udvikling

Der sker en udredning af neurokognitive funktioner ved testning i forbindelse med rehabilitering



5. Behandlingselementer

OPUS er et intensivt psykosocialt behandlingstilbud, der trækker på en række tværfaglige behandlingsformer. Hvis behandlingen skal leve op til den forventede indsats og standard, er der nogle basale krav til behandlingselementer, som bør være obligate i alle de regionale tilbud.

På baggrund af både faglige erfaringer og udstrakte ønsker fra patienter og pårørende, skal der tilknyttes en primærbehandler til hver patient. Relationen til primærbehandleren er omdrejningspunktet i behandlingen, og primærbehandleren skal have et indgående kendskab til relationens betydning i behandlingen. Udover at have stor betydning for fastholdelsen af patienten i behandling, medvirker primærbehandleren til at skabe tryghed og tillid i forhold til både patient og pårørende.

Primærbehandleren skal have en assertiv tilgang til patienten og forventes at være vedholdende i forhold til patienten. Det inkluderer også tilfælde, hvor det er nødvendigt, at behandlingsteamet er meget opsøgende i forhold til patienten. Ligeledes bør primærbehandleren beskæftige sig med tilbagefaldsforebyggelse.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i Referenceprogrammet for skizofreni, at patienter med førsteepisode-skizofreni behandles af et opsøgende psykoseteam specialiseret til formålet. Det opfylder nærværende tilbud. Det er yderligere en grundtanke, som støttes af evidensen, at teamet skal indeholde forskellige kompetencer, der kan spille sammen. Samspillet mellem faggrupper og alsidigheden i OPUS-konceptet kan udover den medicinske behandling blandt andet inkludere behandlingstyper indenfor den kognitive referenceramme

og social færdighedstræning. Til de formål er det vigtigt at personalesammensætningen i gruppen er tværfaglig og besidder de nødvendige kompetencer.

Der er evidens for, at behandling af psykotiske patienter med antipsykotisk medicin har en gavnlig effekt. Både Referenceprogrammet for skizofreni og Det Nationale Indikatorprojekt anbefaler, at der tilbydes antipsykotisk medicin så vidt muligt i lave doser.

Der er bl.a. fra Opus-projektet evidens for, at inddragelsen af forældre og/eller andre pårørende i en psykoedukativ familiebehandling har positiv effekt på det kliniske og sociale forløb for patienter med skizofreni. Udover at familiebehandling står som en central del af OPUS-konceptet, anbefales det også både i Referenceprogrammet for skizofreni og i Early Psychosis Declaration. I NICE (National Institute for Clinical Excellence) guidelines er det en standard, at familiebehandling tilbydes til 100 % af de pårørende/familier til patienter med skizofreni.

Behandlingselementerne, anbefalet ovenfor, bør tilbydes alle patienter mellem 14-35 år med debuterende psykose. Det anbefales, at der oprettes særlige teams med forankring i børne- og ungdomspsykiatrien til udredning og behandling af psykotiske unge i alderen 14-18 (21) år. Det er vurderingen, at selve behandlingsprogrammet for de børne- og ungdomspsykiatriske OPUS-teams ikke adskiller sig fra tilbuddene til de 18-35 årige, men der er behov for, at de 14-18 årige er i gruppe med andre i samme aldersgruppe og med samme udviklingsmæssige behov.

Den specifikke afgrænsning i forhold til voksenpsykiatrien (18 eller 21 år) må være op til de lokale tilbud at fastsætte (i Århus opererer man i det nuværende tilbud med en øvre grænse på 21 år, andre steder er det 18 år). Den særskilte enhed skal sikre, at der trækkes på den store viden og erfaring, der allerede findes i det børne- og ungdomspsykiatriske system. I de tilfælde hvor manglende patientgrundlag umuliggør oprettelsen af særlige børne- og ungdomsenheder, bør børne- og ungdomspsykiatrien indgå i et samarbejde med voksenpsykiatrien om at etablere et fælles team, hvor behandlerkompetencerne matcher patientkarakteristika bl.a. ved at inkludere børne- og ungdomspsykiatriens specialister i det behandlende team. Især meget unge patienter synes ofte mere syge og bør følges længere end 2 år med henblik på at fastholde behandlingsrelationen og at nedsætte recidivrisikoen.

I forhold til organiseringen vil børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien have gensidig nytte af at dele program, uddannelse, kvalitetsudvikling, evaluering mv. Børne- og ungdomspsykiatrien kan eksempelvis bidrage med en større indsigt i diagnosticering og behandling af komorbiditet med andre neuroudviklingsforstyrrelser.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

Hver patient tilknyttes en primær behandler, der udpeges hurtigt og med tydelighed for både patient og pårørende

Primærbehandleren fungerer som del af en fast, specialiseret tværfaglig personalegruppe

Medicinbehandlingen af patienter så vidt muligt gennemføres med lave doser af antipsykotisk medicin efter til enhver tid gældende anbefalinger

Der for hver patient tilknyttes en kompetent familiebehandling

Der etableres særlige tilbud til børn og unge under 18 (21) år

Udover de ovenstående anbefalinger, der forventes at træde i kraft i alle regioner, anbefaler arbejdsgruppen regionale tiltag, som i højere grad retter sig mod særlige undergrupper, og som kan tilpasses efter det lokale behov

Arbejdsgruppen anbefaler, at

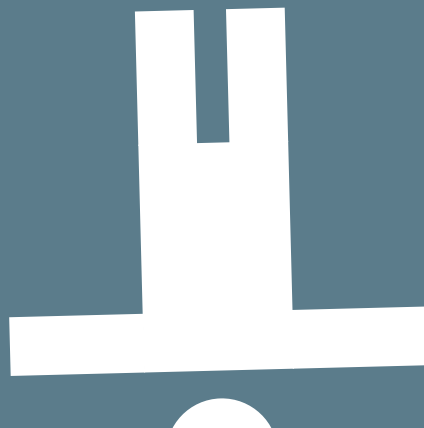
Der benyttes psykoedukation og kognitiv terapi overfor patienter med vedvarende psykosesymptomer

Der igangsættes en særlig indsats for patienter, der foruden den psykiske lidelse tillige har et misbrug (patienter med dobbeltdiagnose)

Der arbejdes med social færdighedstræning

Der igangsættes en særlig indsats med uddannelses- og beskæftigelsestilbud

Den særlige indsats overfor børn og unge tilpasses deres udviklingsmæssige behov, og at indsatsen evalueres



6. Varighed og afslutning

Der er ikke på nuværende tidspunkt evidens for at udtale sig om den ønskede varighed af den specialiserede behandling, såfremt det skal styrke patientens sygdomsbillede og prognose over en flerårig periode efter behandlingens afslutning. Belært af de hidtidige erfaringer kan det dog konkluderes, at den specialiserede behandling bør vare mindst 2 år, og at overflytning af alle patienter til distriktspsykiatrien i sin nuværende form efter 2 år ikke er hensigtsmæssig. Indenfor de første 2 år er der beviseligt succes. Med udgangspunkt i 5-årsopfølgingsundersøgelserne er det dog blevet diskuteret, hvorvidt en længere intensiv behandlingsperiode ville være mere hensigtsmæssig. Der er således en del, der tyder på, at tilbagefaldshyppigheden falder efter 5 år, så man kunne forvente en mindre andel af kronificerede, hvis man fulgte patienterne i 5 år efter deres debut.

Omvendt er der tale om et specialiseret tilbud rettet mod debuterende psykosepatienter. Den specialiserede behandling bør derfor i sagens natur afsluttes på et tidspunkt, og patienterne overgå til andre behandlingsforløb. Det er dog vigtigt at påpege, at der kan være faglige argumenter for at lade den intensive behandling strække sig længere end 2 år, enten med udgangspunkt i lokale prioriteringer (i Odense opererer man i dag med en 3-årig specialiseret behandlingsperiode) eller på baggrund af vurderinger af den enkelte patient.

Belært af hidtidige erfaringer bør der særsomt fokuseres på den ofte problematiske overgang fra OPUS-behandlingen til f.eks. distriktspsykiatrien. Det skal sikres, at patienter ikke mister kontakten til psykiatrien. Det er ikke muligt at give en national anbefaling på dette punkt, da der er forskel på organiseringen af det sekundære sundhedsvæsen fra region til region. I nogle tilfælde vil patienterne derfor overgå til andre opsøgende psykoseteams, mens de i andre områder vil overgå til den almindelige distriktspsykiatri. Uanset hvordan dette foregår bør der udstikkes klare regionalt fastsatte retningslinjer, der fordrer en kontinuitet og sikkerhed i patientens videre forløb.

Det er således vigtigt, at regionerne forpligter sig til, at patientbehandlingen ikke udløber efter de (mindst) 2 år. I stedet bør regionerne forpligte sig til at viderebehandle patienten i en vis bunden periode. Samlet set bør OPUS-behandlingen derfor ses som en 5-årig behandling, der kan foregå i to forskellige regi – først i det intensive OPUS-tilbud og dernæst ved opsøgende psykoseteams eller distriktspsykiatri, afhængigt af organiseringen i regionen og den enkelte patients behov⁶.

I fald patienterne bliver raske, bør de naturligvis afsluttes fra behandlingssystemet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

Patienterne behandles intensivt i mindst 2 år og følges kontinuert i 5 år

Regionerne udarbejder klare retningslinjer for overgangen fra specialiseret behandling til anden behandling, så der sikres både fleksibilitet, kontinuitet og sikkerhed for patienten

Regionerne forpligter sig til at behandle patienterne i mindst 5 år – og at behandlingen kan foregå i to forskellige regi

Der iværksættes forskningsprojekter, der kan belyse hvilken form for behandling, der er mest hensigtsmæssig efter de første to år

⁶ I det Tidlige interventionsteam i Aabenraa forventes der en kontinuert behandling de første 5 år frem for et skift i behandlingsregi. Det vurderes ikke dyrere end overgangen til eksempelvis et Opsøgende psykoseteam. Hvis patienten bliver rask inden, belaster det ikke teamet, men teamet kan fungere som sikkerhed for hurtig behandling ved evt. recidiv.

7. Effektmåling og mulig forskning

En løbende opfølgning er afgørende både for at følge effekten af behandlingen for den enkelte patient og for at opnå dokumentation og evidens med henblik på planlægningen af fremtidige behandlinger. Visionen med den løbende effektmåling er yderligere, at der oprettes en samlet national database, der kan monitorere patientudviklingen, muliggøre international forskning og samtidigt dokumenterer den indsats, regionerne yder.

Samtidig er der naturligvis en afvejning af, hvilken ekstra arbejdsbyrde der kan pålægges arbejdet med patienterne. Derfor udstrækkes nærværende anbefalinger ikke videre end til måling af de standarder, der allerede forekommer i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).

Det anbefales, at sværhedsgraden af patientens positive og negative symptomer, patientens globale funktionsniveau og eventuelle bivirkninger af den medicinske behandling jævnligt evalueres. Evalueringen bør foregå med de redskaber, der allerede er anbefalet i Referenceprogrammet for skizofreni og i NIP. I forlængelse af NIP anbefales det, at effektmålingen sker ved patientens inklusion og derefter én gang årligt i en 5-årig periode. Det forventes, at effektmålingen i vid udstrækning kan fungere sekretærstyret, hvilket vil bidrage til at lette den administrative del af arbejdet.

Formålet med denne rapport er først og fremmest at lægge anbefalinger frem til løsningen af en konkret driftsopgave. Samtidigt er det dog påpeget i kommissoriet, at rapporten skal muliggøre national forskning vedrørende unge med psykose. Det sker blandt andet gennem at sikre minimumskravene til effektmåling. Det er dog også oplagt her at pege på konkrete områder, hvor en forskningsindsats vil kunne gøre særligt nytte. Det gælder især områder, hvor man idag mangler sikker evidens. Hvis forskning giver evidens for en

positiv, negativ eller manglende effekt i forbindelse med forskellige tiltag, vil det fremadrettet kunne forbedre både patientbehandlingen og den organisatoriske planlægning betydeligt.

Der findes i dag ikke evidens for betydningen af den specialiserede behandlings varighed. Når rapporten anbefaler en varighed på mindst 2 år skyldes det først og fremmest en pragmatisk vurdering af de hidtidige erfaringer. En forskningsindsats vil betyde et mere sikkert grundlag at danne fremtidige anbefalinger ud fra.

En af de største problemstillinger i forhold til eksisterende erfaringer med OPUS har været en problematisk overgang fra det intensive tilbud til anden behandling i det distriktspsykiatriske system. Det er forventningen, at anbefalingerne her i rapporten kan afhjælpe dette problem, men der vil formentligt stadig være brug for forskning i, hvordan denne proces tilrettelægges bedst muligt, og hvilke behandlingstilbud det er mest hensigtsmæssigt at viderehenvise til.

De danske erfaringer med OPUS baserer sig på en målgruppe på 18-35(45) år. Der mangler i dag systematisk viden omkring effekten af tilbudet overfor børn og unge under 18 år. Det er anbefalingen her i rapporten, at børn og unge mellem 14 og 18 år inkluderes i tilbudet, men det er oplagt at iværksætte en forskningsindsats, der samler op på erfaringerne med behandlingen af denne gruppe.

I afsnittet om behandlingselementer er der nævnt en række forskellige undergrupper, hvor en særlig indsats med fordel kan iværksættes på regional basis. Det vil naturligvis være relevant at undersøge effekten af de forskellige behandlingsformer og tilbud, også så det kan vurderes, om tilbudene bør udstrækkes nationalt.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

Der foretages effektmåling ved inklusion og derefter én gang årligt i den 5-årige behandlingsperiode.

Arbejdsgruppen anbefaler følgende målinger og instrumenter til måling:

Alle patienters psykopatologi evalueres ved hjælp af en standardiseret skala (PANSS) samtidig med, at der foretages en global funktionsmåling. I dag benytter man obligatorisk skalaen GAPD overfor børn og unge med skizofreni. Det anbefales, at denne praksis forsætter uanfægtet. For den resterende patientgruppe anbefales brug af GAF. Samtidig skal alle patienter undersøges for følgende bivirkninger: neurologiske, træthed, vægtøgning, seksuelle samt påvirkning af blodsukkerniveau, ligesom det i NIP er anbefalet for patienter med skizofreni

Arbejdsgruppen anbefaler, at der bliver udført forskning på følgende områder:

Varigheden af det intensive tilbud

Modeller for overdragelse fra det intensive behandlingstilbud til det almindelige sekundære sundhedsvæsen

Effekten af det intensive tilbud i forhold til børn og unge under 18 år, samt eventuelt hvordan tilbudet bedst tilrettelægges overfor denne patientgruppe

Effekten af særlige tilbud overfor misbrugere (patienter med dobbeltdiagnose), særlige tilbud med kognitiv terapi overfor personer med vedvarende psykosesyntomer, særlige indsatser med social færdighedstræning og særlige indsatser med uddannelses- og beskæftigelsestilbud

Udtagelse af blodprøver til genetiske analyser

8. Organisatoriske overvejelser

I forbindelse med etableringen af OPUS-teams (se næste afsnit) er det værd at gøre sig overvejelser om størrelsen og sammensætningen af de forskellige teams, såvel som den ønskede ratio mellem behandlere og patienter.

Det er allerede anbefalet, at den primære behandler tilknyttes en fast, specialiseret tværfagligt personalegruppe. For at dette kan være tilstrækkeligt opfyldt, er der visse kompetencer og professioner, der skal være til stede i et team. Der skal minimum være en af hver profession af henholdsvis læger, psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter og sygeplejersker. Hidtidige erfaringer med f.eks. ergoterapeuter, afspændingspædagoger og fysioterapeuter har været gode, men det må bero på en lokal vurdering, hvorvidt disse eller andre professioner ønskes inddraget, og hvordan forholdet mellem professionerne i øvrigt bør se ud.

Den konkrete størrelse på hvert team må ligeledes bero på en lokal vurdering. Der er dog en afvejning af, at et team skal have en vis størrelse for at få de tværfaglige kompetencer fornuftigt dækket, samtidigt med at et specialiseret team per definition bør være en mindre enhed. Teams under 7 personer skønnes at være meget sårbare, og teams med over 13 personalemedlemmer kan være vanskeligt håndterbare.

Når det gælder ratioen mellem behandlere og patienter er det en afvejning af effektivitetsbaserede overvejelser og det faktum, at der skal tilbydes patienten en intensiv behandling. Ved de erfaringer man rundt omkring i landet hidtil har gjort sig, har patientratioen varieret fra 1:8 til 1:12. Som hovedregel er der derfor besluttet en generel anbefaling på 1 behandler pr. 10 patienter. Såfremt patienten følges i teamet i 5 år, kan man forvente en højere ratio, da intensiteten af behandlingen forventes at falde i de sidste år.

For unge i alderen 14-18 år med førsteepisode psykose vil sygdommens sværhedsgrad og omfanget af psykologiske, sociale og omsorgsmæssige opgaver nødvendiggøre et caseload på maksimalt 1-8.

Når det gælder den organisatoriske forankring af de specialiserede enheder, forventes der en vis variation rundt om i landet. Det skal dog noteres, at når der er tale om en specialiseret enhed, bør der være en egen ledelse tilknyttet, og der bør være et vist råderum over egne budgetter.

Herudover kan enhederne naturligvis godt referere til andre afdelinger, afhængigt af hvordan man lokalt afgør placeringen.

Når det gælder indlæggelsen af OPUS-patienter vil det være hensigtsmæssigt at behandle dem i særlige enheder og sengeafsnit. Det er ikke hensigtsmæssigt, at eventuelle indlæggelser finder sted i en blandet population, hvor de andre patienter ofte er patienter med et mere kronisk sygdomsforløb.

Det anbefales, at der i hver region oprettes et særligt kompetencecenter for OPUS, der udover egen behandlingsindsats får til opgave at servicere de andre enheder i regionen med uddannelse, vidensforankring, implementering mv. I de regioner, hvor det kan lade sig gøre, vil det være oplagt at udpege eksisterende OPUS-enheder som kompetencecentre. OPUS-kompetencecentre kan indlejres som en del af kompetencecentre for skizofreni.

I planlægningen af organisationen omkring OPUS, bør der så vidt muligt etableres særlige enheder i forbindelse med børn og unge. I fald det af organisatoriske årsager ikke meningsfuldt kan lade sig gøre, må børn og unge ikke bare overføres til det almindelige voksenpsykiatriske OPUS-tilbud, medmindre det sikres, at personalegruppen tilknyttes behandlingskompetencer særligt rettet mod denne gruppe. Afgrænsningen og overdragelsen af patienter mellem de to enheder bør tilrettelægges lokalt, og på en måde hvor faste retningslinjer så vidt muligt sikrer både kontinuitet og fleksibilitet.

På baggrund af erfaringer med eksisterende OPUS-teams, estimeres det, at der skal være omkring 200.000 borgere pr. team. Kan variere ved særlige lokale forhold - eksempelvis tyndtbefolkede områder.

I alderen 14-18 år er incidensen af skizofreni lavere end hos voksne. Det optimale befolkningsgrundlag for en bæredygtig børne- og ungdomspsykiatrisk funktion er anslået at være 85.000 - 110.000 børn og unge. Det anbefales, at der oprettes 1 til 2 teams for børn og unge i hver region, således at et team - uafhængigt af de organisatoriske og geografiske forhold - kan samarbejde med mere end en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

Der til hvert team tilknyttes mindst 1 læge, 1 psykolog, 1 socialrådgiver, 1 ergoterapeut og 1 sygeplejerske. Den konkrete sammensætning og inddragelse af andre professioner beror på lokal vurdering

Det faste, specialiserede tværfaglige team er på 7-13 personer

Behandler-patient ratioen er 1 - 10

De specialiserede OPUS-enheder får egen ledelse og budgetter

Indlæggelser af OPUS-patienter foregår mest hensigtsmæssigt og hvor det lokalt er muligt i særlige sengeafsnit

Hver region etablerer et kompetencecenter, der kan sikre den faglige udvikling af OPUS-enhederne i regionen

Behandlerkompetencerne tilpasses patientkarakteristika, og at børn og unge under 18 år så vidt muligt behandles i særskilte enheder

Befolkningsgrundlaget for et OPUS-team er som udgangspunkt på minimum 200.000

9. Etablering af OPUS-teams

Ved en kommende etablering af OPUS-teams kan der med fordel trækkes på allerede høstede erfaringer. Det letter livet betydeligt, når der skal foregå en oplæring og uddannelse i forbindelse med etableringsprocessen. For det er vel at mærke nødvendigt at bruge energi på uddannelse og oplæring, hvis ideerne bag et specialiseret team med en intensiv indsats skal realiseres.

Det anbefales, at Danske Regioner påtager sig en forpligtelse med at koordinere den nødvendige uddannelse, men at denne foregår i regi af de allerede eksisterende OPUS-kurser. På den måde opnår man både en vis ensartethed i undervisningen, og at der kan trækkes på de velfungerende eksisterende systemer.

I forlængelse af denne rapport foreslås det, at der afholdes en national konference, der kan fungere som startskuddet for udbredelsen af tilbudet. Derefter vil man med fordel kunne afholde en årlig konference, hvor der kan udveksles brugbare erfaringer fra ind- og udland.

Det er vigtigt at pointere, at der er økonomiske udgifter forbundet med at opretholde og forbedre den viden, der opnås. Ligeledes er der ikke mindst udgifter, når den nye viden skal implementeres videre i systemet. Det forventes, at regionerne vil afholde og sikre disse udgifter, så der er tilstrækkeligt rum for den faglige udvikling.

Den faglige videreudvikling vil i regionerne passende kunne foregå i regi af særlige kompetencecentre.

Arbejdsgruppen anbefaler, at

Danske Regioner sikrer koordinationen af en kompetent OPUS-uddannelse, men at denne foreløbigt foregår i regi af eksisterende kursussystemer i de enkelte regioner

Danske Regioner afholder en årlig konference om behandling i opsøgende teams

Der i budgetterne for etablering og drift indregnes et tilstrækkeligt stort beløb til rum for uddannelsesudgifter

10. Vurdering af de økonomiske konsekvenser

I dette kapitel beregnes de økonomiske konsekvenser forbundet med at indføre OPUS-behandling i hele landet. Der er i beregningerne ikke taget forbehold for de udgifter, der er forbundet med opkvalificering og uddannelse samt eventuel udvidet behandling i distriktspsykiatrien. Udgifterne er således kun beregnet på de udgifter, der er forbundet med det egentlige OPUS-forløb.

Det er vurderingen, at der årligt vil være mellem 1.000 og 1.100 nye patienter i aldersgruppen 14 – 35 år. Med henblik på at beregne de økonomiske omkostninger ved indførelsen af OPUS-teams i hele landet tages der udgangspunkt i den gennemsnitlige omkostning pr patient ved de hidtidige forsøg. Den oplyste udgift berammer sig til ca. 60.000 kr. pr. år for et behandlingsforløb.

Det er allerede godtgjort, at hvis OPUS-tilbudet gøres landsdækkende, forventes det at skulle dække ca. 1000-1100 nye patienter hvert år. Det intensive behandlingsforløb er anbefalet til at vare i mindst 2 år. Det må forventes, at længden på behandling vil variere fra region til region, men i nedenstående beregning er der taget forbehold for, at der regionalt og under særlige omstændigheder kan vælges en længere specialiseret behandlingsperiode. Derfor regnes der med 3 år pr. specialiseret behandlingsforløb.

Når tilbudet er fuldt implementeret berammes den årlige økonomiske udgift til ca. 190 mio. kr. for OPUS-teams over hele landet.

Målgruppen for OPUS-behandling må formodes allerede at være i behandling, det forudsættes derfor, at udgiften kan reduceres med ca. 15 % på grund af sparet behandling i andet regi.

190 mio. kr. minus 15 %: 160 mio. kr.

OPUS-tilbuddene fungerer allerede i København, Århus, Odense og Aabenraa. Det antal patienter, der er dækket af behandlingen i København, Århus, Odense og Aabenraa vil således ikke medføre en merudgift og skal således fratregkes udgiften på de ca. 160 mio. kr. Tilbuddene i København, Århus, Odense og Aabenraa anslås i dag at dække ca. 1/4 af befolkningen.

1.000 – 1.100 nye patienter årligt fratrukket den 1/4 af patienterne (København, Århus, Odense og Aabenraa), der allerede modtager den opsøgende behandling, medfører en årlig merudgift på ca. 120 mio. kr.

Den reelle økonomiske belastning må dog forventes at ligge noget lavere. Resultaterne fra forskningsprojektet viser, at hver patient i OPUS-behandling gennemsnitligt har 13 færre sengedage per år i en 2-årig behandlingsperiode.

Ved at gøre ordningen landsdækkende vil der således årligt kunne spares yderligere ca. 10.000 sengedage.

Det kan i den forbindelse også bemærkes, at indførelse af en tidligere og opsøgende indsats formentligt vil bidrage til at nedbringe behovet for at unge med skizofreni placeres udenfor hjemmet. Ved en oprulning af økonomiske overvejelser må man derfor have med, at indførelse af tilbudet kan nedbringe kommunernes udgifter til gruppen af unge med psykotisk sygdom.

Samfundsøkonomisk vil der være nogle afledte positive effekter, som er meget vanskelige at opgøre. Men forsøgene med opsøgende teams i udlandet og Danmark indikerer, at tidlig og opsøgende intervention nedsætter graden af kriminalitet blandt sindslidende. Samtidig viser resultaterne, at andelen i uddannelse, arbejde eller revalidering er større for patienter, der har modtaget OPUS-behandling.

BILAG 1

Kommissorium for arbejdsgruppe om OPUS

I 1996 iværksatte to amter et forskningsforsøg med en målrettet og intensiv indsats for personer med debuterende skizofreni. Resultaterne af forskningen foreligger nu, og de er entydigt positive.

I 2004 udgav Sundhedsstyrelsen en revideret udgave af referenceprogram for skizofreni. Heri blev det anbefalet, at der indføres opsøgende psykose-team, som er specialiserede tilbud til patienter med førsteepisode-skizofreni.

I dag er behandlingstilbudet imidlertid meget uensartet internt i og på tværs af regionerne, både med hensyn til indhold og organisering.

Visionen for patienter med debuterende skizofreni er, at de sikres en specialiseret behandling, der er i overensstemmelse med

de internationale anbefalinger fra WHO og Early Psychosis Association,

de nationale anbefalinger fra Referenceprogrammet for Skizofreni

og **det evidensbaserede OPUS-koncept** og erfaringerne herfra, der har vundet international opmærksomhed, og som allerede fungerer i dele af regionerne

At der muliggøres national forskning herom.

Arbejdsgruppens opgave

Det er arbejdsgruppens opgave at udarbejde et forslag til et specialiseret behandlingsprogram, der tilgodeser den overordnede vision.

I ovenstående arbejde skal arbejdsgruppen bl.a. behandle:

Den præcise målgruppe og aldersafgrænsning

De obligate og basale behandlingselementer samt eventuelt supplerende tiltag overfor særlige undergrupper

Den specialiserede behandlings varighed

Afslutningen og overgangen fra den specialiserede behandling til anden behandling

Behandlerteamets relevante størrelse og kompetencer, herunder den realistiske behandler – patientratio

Minimumskrav til vurdering og effektmåling til forskningsbrug

Arbejdsgruppen skal desuden komme med en beregning på, hvad det vil koste at indføre OPUS i hele landet

Arbejdsgruppen skal komme med forslag til, at der holdes en landsdækkende konference om OPUS

Arbejdsgruppens sammensætning

1 repræsentant fra hver region

1 repræsentant fra Dansk Psykiatrisk Selskab

1 repræsentant fra Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab

1 repræsentant fra Danske Regioner

1 repræsentant fra regionernes Psykiatridirektørkreds (formand)

Udvalget sekretariatsbetjenes af Danske Regioner

BILAG 2

Udvalgets medlemmer og arbejde

Udvalget har afholdt 1 møde.

Udvalgets medlemmer:

Cheflæge **Per Jørgensen**, Region Midtjylland (formand)

Psykiatrichef **Agnete Philipsen**, Region Syddanmark

Overlæge **Gertrud Krarup**, Region Midtjylland og Dansk Psykiatrisk Selskab

Psykiatrioverlæge **Kristen Kistrup**, Region Hovedstaden

Cheflæge **Per Vendsborg**, Region Sjælland

Afdelingslæge **Pia Jeppesen**, Børne- og ungepsykiatrisk Selskab

Overlæge **Merete Nordentoft**, OPUS

Sekretariatet:

Fuldmægtig **Jeppe Lynggaard Thøgersen**, Danske Regioner

Praktikant **Mikkel Stein Knudsen**, Danske Regioner





DANSKE
REGIONER



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk