

Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

Tillægsaftale til den regionale samarbejdsaftale for det psykiatriske område



regionsyddanmark.dk



Oversigt

- 3 >** 1. Aftalens baggrund - den regionale samarbejdsaftale
- 5 >** 2. Organisering af regionale behandlingstilbud til målgruppen - personer med (PTSD)
- 6 >** 3. Opsporing af flygtninge og krigsveteraner med PTSD
- 7 >** 4. Udredning og behandling af PTSD
- 10 >** 5. Kommunal koordinationsfunktion - lave biopsykosociale ressourcer
- 11 >** 6. Henvielse til udredning
7. Frit sygehusvalg og behandlingsret
- 12 >** 8. Komorbiditet og herfra følgende gråzoneproblematikker
- 13 >** 9. Børn og familie
- 14 >** 10. Forløbsbeskrivelser

Udgivet af:
Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle
Telefon 7663 1000

1. Aftalens baggrund - den regionale samarbejdsaftale

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

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

1.1 En særskilt aftale for traumatiserede flygtninge og krigsveteraner

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

Målgruppen traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) er en målgruppe af beskedent omfang, men en målgruppe, hvor samarbejdet mellem sektorerne er særdeles vigtigt. Det særlige behov grunder primært i tre årsager: a) målgruppen og dennes familier er ofte ressourcetsvage og kan ikke medvirke til at være tovholdere i eget forløb; det sætter nogle særlige krav til overgangene og fastholdelse, b) de enkelte kommuner og sagsbehandlere møder relativt få borgere i målgruppen, og der opnås derfor

ikke lokalt den store rutine i håndtering af sagerne og c) al forskning og viden på området peger på det intensive tværsektorielle samarbejde som forudsætning for succesfulde behandlings- og rehabiliteringsforløb.

1.2 Medicinsk Teknologivurdering (MTV) 2009

Region Syddanmark iværksatte i 2008 i et samarbejde med Center for kvalitet udarbejdelse af en Medicinsk teknologivurdering (herefter omtalt som MTV-rapport) om behandling og rehabilitering af PTSD - herunder traumatiserede flygtninge. MTV-rapporten blev offentliggjort i januar 2009 og har siden dannet grundlag for en større omlægning og harmonisering af udredning og behandling af traumatiserede flygtninge på de tre behandlingcentre i Region Syddanmark. Det er også den viden, der blev tilvejebragt i MTV-rapporten, der danner grundlag for den faglige evidens i nærværende aftale.

1.3 Arbejdsgruppens sammensætning

Kommunale deltagere

Ane Møller, leder af sundhedscenter Vollsmose,
Odense Kommune

Bjarne Thyssen Jørgensen, socialoverlæge,
Odense Kommune (deltog 4. april 2011)

Mette Strunge Dubert, konsulent,
Svendborg Kommune

Niels Ravn, Centerleder for Verdande,
Haderslev Kommune

Pia Maria Nielsen, etnisk konsulent,
Varde Kommune

Repræsentant for almen praksis

Agnethe Bak Jensen, praksiskonsulent

Regionale deltagere

Marianne Lauritzen, leder af CETT (Center for Traume- og torturoverlevende) og RCT Fyn (Rehabiliteringscenter for torturoverlevende og traumatiserede flygtninge)

Anna Marie Erbs, leder af RCT-Jylland (Rehabiliteringscenter for torturofre Jylland)

Elsebeth Stenager, overlæge, psykiatrisk afdeling Odense

Morten Sodemann, ledende overlæge, indvandrermedicinsk klinik, Odense Universitetshospital

Berit Matzen, chefkonsulent, økonomi- og planlægningsafdelingen, psykiatriadministrationen

Ole Rytto, sygeplejefaglig direktør, Psykiatrien i Region Syddanmark (formand for arbejdsgruppen)

Birthe Navntoft, specialkonsulent, psykiatri- og socialstaben (sekretær for arbejdsgruppen)

1.4 Opfølgning på aftalen

Der skal sikres en dynamisk opfølgning af aftalens indhold i regi af de psykiatriske samordningsfora. Opfølgningen bør ske én gang årligt - første gang medio 2013. Opfølgningen tager udgangspunkt i en audit på 3-6 udvalgte patientforløb (repræsentativt fra de tre målgrupper). Auditgruppen er sammensat af de psykiatriske samordningsfora, og skal repræsentere de tre samarbejdsparter: kommuner, regionale behandlingstilbud og almen praksis. Resultater præsenteres og drøftes på de psykiatriske samordningsfora. Psykiatrien i Region Syddanmark foranlediger og afholder det årlige auditmøde.



2. Organisering af regionale behandlingstilbud til målgruppen – personer med (PTSD)

2.1 Den regionale psykiatri

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

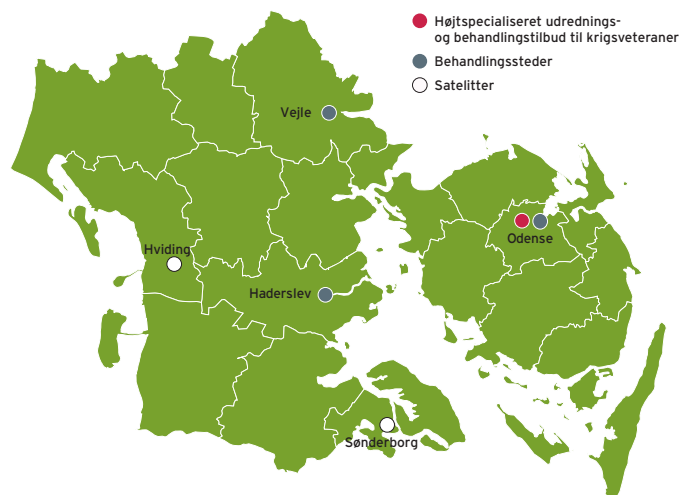
2.2 Tilbud til traumatiserede flygtninge

Region Syddanmark har to specialiserede behandlingstilbud og driftsoverenskomst med et tredje behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge. Tilbuddene er geografisk placeret i Odense, Vejle og Haderslev med satellitter i henholdsvis Hviding og Sønderborg. De tre centre dækker tilsammen hele regionen.

2.3 Højt specialiseret tilbud til krigsveteraner

Region Syddanmark har i et samarbejde mellem Center for traume- og torturoverlevende i Vejle (CETT) og Psykiatrisk Afdeling i Odense etableret et højt specialiseret udrednings- og behandlingstilbud til hjemvendte soldater i dansk krigstjeneste. Tilbuddet er placeret i Odense. Tilbuddet er højt specialiseret og retter sig som sådan til de mest belastede og særligt komplicerede tilfælde, hvor andre tiltag ikke har været succesfulde. Tilbuddet til krigsveteraner med traumer er en spe-

cialfunktion i relation til Sundhedsstyrelsen specialeplanlægning og er tilrettelagt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2010 "Behandling af PTSD hos veteraner - Anbefalinger for fremtidig planlægning i sundhedsvæsenet".



3. Opsporing af flygtninge og krigsveteraner med PTSD

Det kan være svært for både kommunale og regionale frontmedarbejdere at identificere, når en borgers vanskeligheder ved fx fastholdelse af arbejde/uddannelse eller problematiske familieforhold skyldes en skjult og ubehandlet PTSD. Især i forbindelse med opsporing af krigsveteraner er der den særlige udfordring, at mange ikke er i kontakt med det kommunale system. Forsvaret sikrer langt hen ad vejen selv beskæftigelse og forsørgelse af hjemvendte soldater. Men også flygtninge, der over længere perioder har været velfungerende kan pludselig ændre adfærd som følge af indtrufne begivenheder (fx skilsmisse, fyring, tab af nære pårørende m.m.) i deres liv.

Flygtninge og krigsveteraner kan have problemer, som kan være symptomer på PTSD. Som medarbejder i det kommunale regi, i det regionale sundhedssystem og i almen praksis bør man være opmærksom på dette.

Tegn på PTSD kan være:

- Tilbagevendende og stærkt ubehagelige drømme (mareridt) om traumatiske begivenheder
- Tilbagevendende invaderende, ukontrollable erindringer om traumatiske begivenheder
- Gentagelsestvang i forhold til traumatiske begivenheder

- Genoplevelse af begivenheder ved at føle, som om begivenhederne sker igen (gennem illusioner, hallucinationer og flashbacks)
- Voldsom uforståelig psykisk og fysisk ubehag (sveden, hjertebanken, angst) ved situationer, der kan minde om traumatiske begivenheder
- Fornemmelse eller følelse af fremmedhed eller adskillelse fra andre mennesker
- Tab af hukommelse
- Tab af motoriske funktioner (underspændthed, lammelser, passiv ubevægelighed, langsomme små bevægelser)
- Tab af affektive funktioner (indre tomhed, meningsløshed, manglende fremtidsperspektiv, hjælpeløshed og indre død)
- At være alt for afhængig, klyngende til børn, familie, ægtefælle, eller det modsatte
- At være alt for uafhængig, adskillende, isolerede og dermed manglende relationer til nærtstående

Det vil være en fordel for behandlingsperspektivet at opspore flygtninge og krigsveteraner med mulig PTSD så tidligt som muligt, da en tidlig og forebyggende indsats kan mindske de langsigtede følger af tilstanden¹.

¹ Forsvaret vil i regi af Regeringens Veteranpolitik og i samarbejde med Kommunernes Landsforening stille et undervisningstilbud til rådighed for kommunale sagsbehandlere, der kan komme i kontakt med veteraner.

4. Udredning og behandling af PTSD

4.1 Målgrupperne

4.1.1 Målgruppen for behandlingstilbuddene til flygtninge med PTSD

Målgruppen for behandlingstilbuddene til flygtninge med PTSD er personer med PTSD, kronisk PTSD og kompleks PTSD som hoveddiagnose og med en eller flere samtidige bidiagnoser. Hyppige samtidige diagnoser er angstlidelser, depression, misbrug, tvangstanker/tvangshandlinger (OCD), borderline personlighedsforstyrrelse, og antisocial personlighedsforstyrrelse samt en række somatiske lidelser.

Herudover skal personen have lovligt ophold i Danmark og i et andet land være blevet traumatiseret eller på anden måde alvorligt belastet, psykisk, fysisk og/eller socialt som følge af krig, forfølgelse, tortur, fængselsophold eller andre former for organiseret vold og overgreb. Til målgruppen hører også patientens nærmeste familie.

4.1.2 Målgruppen for det højt specialiserede tilbud til krigsveteraner med PTSD

Målgruppen for det højt specialiserede tilbud til krigsveteraner med PTSD er hjemvendte soldater i dansk krigstjeneste. Heraf vil nogle ikke have været i kontakt/ behandling i forsvaret, mens andre har været i behandling uden succes i de tilbud det danske forsvar stiller til rådighed. Der vil også være de tilfælde, hvor reaktionen/ sygdomsbilledet er så komplekst, at det taler for et specialiseret tilbud. PTSD skal være hoved- eller første bidiagnose.

4.2 Opdeling af patientgruppen forud for behandlingsindsats for PTSD

På baggrund af MTV-rapporten bliver borgere, der er henvist til et af regionens behandlingstilbud for PTSD i forbindelse med udredningen inddelt i tre målgrupper. Inddelingen tager afsæt i en detaljeret og systematisk grundig specialiseret tværfaglig udredning af borgerens biopsykosociale ressourcer og ender ud i en placering med

- Høje biopsykosociale ressourcer
- Mellem biopsykosociale ressourcer
- Lave biopsykosociale ressourcer

Inddelingen sker med baggrund i den faglige evidens, der præsenteres i MTV-rapporten og siger noget om, i hvilken grad den enkelte patient kan/skal behandles med hvilken metode. De forskellige forløb synliggøres i forløbsbeskrivelserne sidst i denne aftale. En patients biopsykosociale ressourcer siger noget om evnen til at indgå i relationer med andre mennesker og dermed evnen til at kunne forholde sig til fx ens eget sygdomsbillede.

Når en patient gennem udredningen bliver placeret i en af de tre grupper, og på den baggrund bliver tilbudt et behandlingsforløb, er der tale om et øjebliksbillede og ikke nødvendigvis en varig tilstand. Det forventes fx, at der med den rette sociale og behandlingsmæssige indsats over for borgere med lave biopsykosociale ressourcer i et tæt samarbejde mellem behandlingstilbuddet, egen læge og kommune vil ske en bedring/stabilisering



af tilstanden. Efter en årrække vil det være muligt at genhenvise borgeren, hvor en egentlig traumefokuseret behandling vil kunne finde sted.

Såfremt udredningens konklusion er, at borgeren har lave biopsykosociale ressourcer, vil der, jf. forløbsbeskrivelsen være tilbud om behandling ved udgående teams og tværfaglig- og tværsektoriel samarbejde mellem behandlingstilbuddet og andre relevante samarbejdsparter. Kommunen og egen læge inddrages tidligt i forløbet med henblik på de fremadrettede tiltag i forhold til borgeren og dennes familie.

4.2.1 Stratificering under kronikerindsatsen - egenomsorgsevne

I tilknytning til sundhedsaftalerne 2011-2014 mellem Region Syddanmark, kommuner og almen praksis har samarbejdsparterne i grundaftalen om indsats for personer med kronisk sygdom udviklet en stratificeringsmodel, der tager udgangspunkt i patientens egenomsorgsevne kombineret med sygdomskompleksitet. Modellen tager udgangspunkt i koordinationsbehovene. Opdelingen i høje-, mellem- og lave biopsykosociale ressourcer kan

ikke direkte sammenlignes med kronikermodellen, da der er tale om et behandlingstilbud. Det er dog sådan, at patienter i gruppen med lave biopsykosociale ressourcer og en andel af gruppen med mellem psykosociale ressourcer vil have samme koordineringsbehov som gruppen med høj sygdomskompleksitet og ringe egenomsorgsevne, jf. kronikerfirkanten.

Alle patienter, der stratificeres i gruppen af lave biopsykosociale ressourcer og en mindre andel af gruppen, der stratificeres i gruppen af mellem biopsykosociale ressourcer vil med andre ord have fælles karakteristika med kronikere, der indplaceres i kronikerfirkantens nederste højre hjørne, hvad angår deres behov for koordination. Den foreløbige erfaring er, at cirka 40% af den samlede patientgruppe på de regionale behandlingsinstitutioner for PTSD, vil have dette behov.

4.2.2 Krigsveteraner

Krigsveteranerne vil være at finde i alle tre grupper (høje, mellem og lave biopsykosociale ressourcer), og vil som sådan følge de forløbsbeskrivelser, der er udarbejdet for de tre grupper.

Tabel 1: kronikermodellen

Patienter med - enkel sygdom - god egenomsorgsevne Patient + egen læge	Patienter med - kompleks sygdom - god egenomsorgsevne Patient + egen læge + sygehuskoordination
Patienter med - enkel sygdom - ringe egenomsorgsevne Patient + egen læge + kommunal koordination	Patienter med - kompleks sygdom - ringe egenomsorgsevne Patient + egen læge + kommunal- og sygehuskoordination afhængig af forløbet

5. Kommunal koordinatorfunktion - lave biopsykosociale ressourcer

For at sikre adgang til det kommunale samarbejde om hver enkelt borger i et udrednings- og behandlingsforløb anbefales det, at hver kommune har en kommunal intern koordinatorfunktion for målgruppen med lave biopsykosociale ressourcer. Funktionen² skal være den ene indgang til de enkelte kommuner som sikrer, at de regionale tilbud til traumatiserede (både flygtninge og krigsveteraner) samt almen praksis har en let og tilgængelig mulighed for at etablere samarbejde med kommunen om de enkelte borgere med de færreste ressourcer.

Funktionen sikrer med andre ord, at der skabes de rette kontakter mellem den relevante/de relevante kommunale sagsbehandlere og det regionale behandlingstilbud og/ praktiserende læge. Funktionen behøver for så vidt ikke at have særlig kompetence på området for traumatiserede flygtninge og krigsveteraner, da der er tale om en organisatorisk funktion.

Kontaktoplysninger (mail, telefonnummer samt træffetid) fremgår og holdes opdateret på www.visinfosyd.dk. Hvordan kommunerne i øvrigt tilrettelægger deres organisering af opgaverne i forhold til målgruppen er op til den enkelte kommune. Det anbefales dog at synliggøre eventuelle relevante tilbud på www.visinfosyd.dk.

² I praksis kan der være tale om et telefonnummer, en mailadresse eller en konkret person/team.



6. Henvisning til udredning

Henvisning til udredning i et af Region Syddanmarks tilbud til traumatiserede flygtninge sker ved anvendelse af henvisningsskabelonen (jf. bilag 1), der er fælles for alle tre tilbud. Skabelonen ligger tilgængelig på www.vision-fosyd.dk. Henvisning skal ske ved en læge; det kan være egen læge, privatpraktiserende psykiater, kommunelæge, andre psykiatriske afdelinger eller somatiske afdelinger.

Såfremt praktiserende læger får mistanke om PTSD hos en patient, der har været udsendt for det danske forsvar, kan der henvises til de psykiatriske afdelinger i regionen. Patienten kan kun henvises til det højt specialiserede tilbud via forswarets psykologer eller en psykiatrisk afdeling.

7. Frit sygehusvalg og behandlingsret

Der er for tilbuddene for traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med PTSD frit sygehusvalg på lige fod med de øvrige psykiatriske behandlingstilbud. Ligeledes er behandlingstilbuddene til traumatiserede flygtninge og krigsveteraner med PTSD omfattet af behandlingsretten. Det betyder, at borgeren kan vælge et andet tilbud end det, der er henvist til, såfremt behandlingsstedet ikke kan tilbyde en tid til første samtale inden for otte uger.



8. Komorbiditet³ og heraf følgende gråzoneproblematikker

Gråzoneproblematikkerne vedrører samtidig PTSD/mistanke om PTSD og misbrug samt PTSD/mistanke om PTSD og anden psykiatrisk sygdom eller omkringliggende udfordrende livsvilkår. I tilfælde af to samtidige diagnoser behandles patienter af de relevante instanser i et samarbejde. Det er den myndighed/det behandlingssted, der først får kontakt med patienten, der er ansvarlig for sagen, og er kontaktperson for den pågældende og for eventuel familie og netværk, indtil sagen er afleveret og modtaget af en anden myndighed. Komorbiditeten må ikke betyde, at patienten ikke bliver behandlet, fordi instanserne strider om, hvad der er primær diagnose. Bor-

gerne er i de tilfælde, hvor det drejer sig om et misbrug, omfattet af de allerede eksisterende aftaler om dobbelt-diagnosticerede i psykiatrien.

Når komorbiditeten kommer til udtryk ved sygdom kombineret med massive sociale og/eller økonomiske problemer (herunder fx usikkerhed om opholds- og/eller forsørgelsesgrundlag), anbefales det at sikre en tæt dialog mellem behandlingsstedet og kommunen; idet store usikkerheder omkring borgeren og dennes familie har stor betydning for prognosen.

³ Samtidige diagnoser.



9. Børn og familie

I MTV-rapporten om behandling og rehabilitering af PTSD - herunder traumatiserede flygtninge - fremhæves børnene i de traumatiserede familier som et særligt fokusområde. Risikoen for sekundær traumatisering⁴ er stor, og der bør derfor altid tænkes i en samlet indsats for hele familien, når den ene eller begge forældre lider af PTSD. Dette forhold gør sig også gældende i familier til krigsveteraner med PTSD.

I regionalt regi bliver alle patienter spurgt til, om der er børn i familien, og der tilbydes i så fald først en forældre-samtale⁵, hvor en familiesamtale planlægges. Dernæst afholdes en familiesamtale, hvor både forældre og børn er med. Familiesamtalen afholdes gerne af to medarbejdere, hvoraf den ene bør have gennemgået relevant oplæring/uddannelse i forhold til at holde familiesamtaler. Familiesamtalen sætter fokus på, hvordan sygdommen udfolder sig (tilpasset børnenes alder), og hvilke konsekvenser det kan have for familien og børnene - her-

under hvem børnene kan tale med, når det bliver svært derhjemme, og hvilke behov der kan være for støtte til familien. Yderligere indsats over for børn og andre pårørende påhviler i udgangspunktet kommunen. Der kan laves lokale aftaler mellem en eller flere kommuner og de regionale psykinfo'er om samarbejde omkring børn og familie. Herunder gruppeforløb for børn i familier med PTSD-ramte.

Der henvises i øvrigt til offentlige ansattes udvidede underretningspligt.

Børn, der er primært traumatiserede⁶ og lider af psykiske problemstillinger behandles primært i det kommunale regi (PPR, ungerådgivning m.m.). Ved sværere tilfælde af psykiatriske lidelser henvises der til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, jf. samarbejds-aftalen på det børne- og ungdomspsykiatriske område.

⁴ Sekundær traumatisering sker, når fx en forælders traume påvirker vedkommendes relation til sit barn, og barnet dermed ikke får den nødvendige omsorg, nærvær og tryghed.

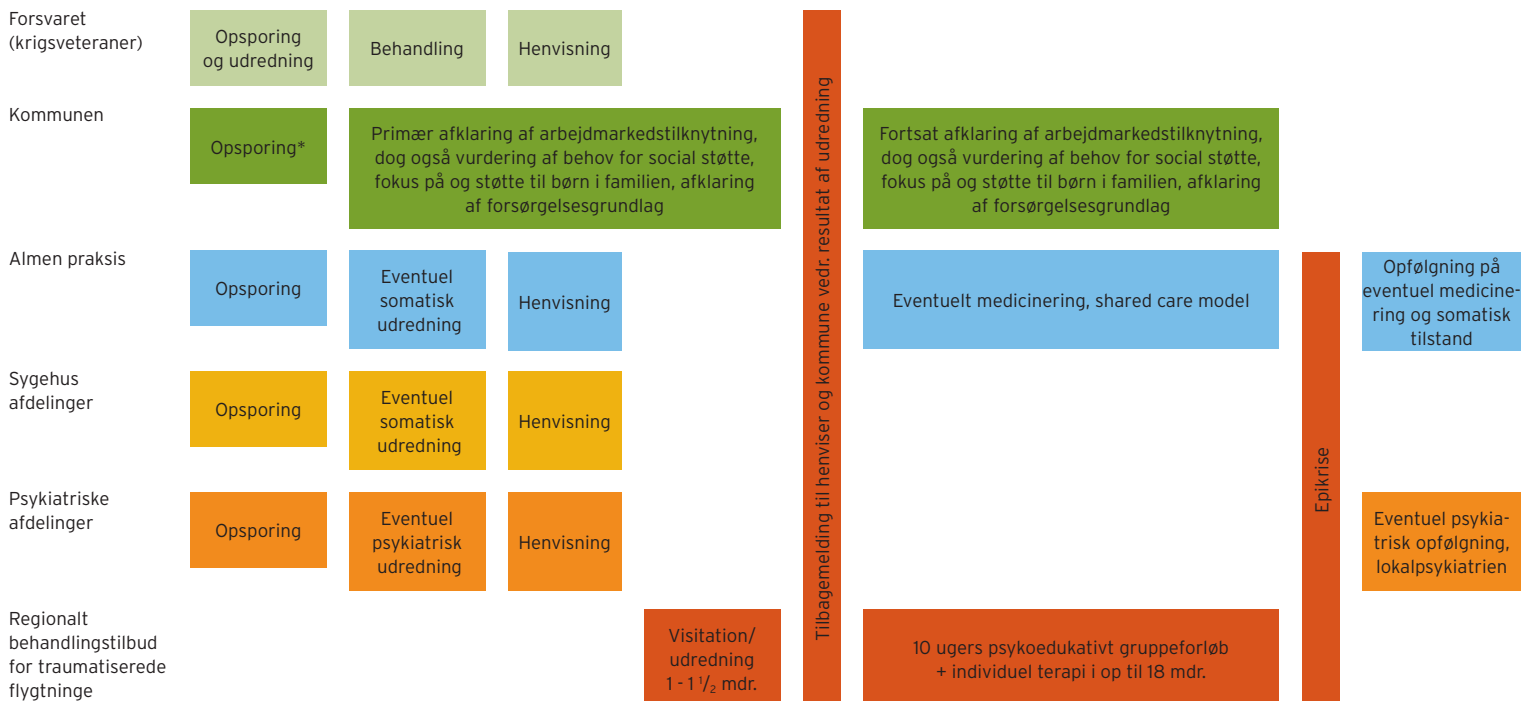
⁵ Regional retningslinje "Familiesamtale til familier med pårørende under 18 år", InfoNet, dok. nr. 2.1.3.1

⁶ Primær traumatisering vil sige, når barnet selv har oplevet overgreb, forfølgelse, krig m.m.

10. Forløbsbeskrivelser - høje bio-psyko-sociale ressourcer

På baggrund af de tre grupper inddelt efter biopsykosociale ressourcer er der til denne aftale udarbejdet tre forløbsbeskrivelser. Forløbsbeskrivelserne synliggør de samarbejdsparter, der kommer på banen i udredning, behandling og efterforløb, ligesom det synliggøres hvilke opgaver der løses, af hvem og hvornår. Beskrivelserne er fortløbende i tid.

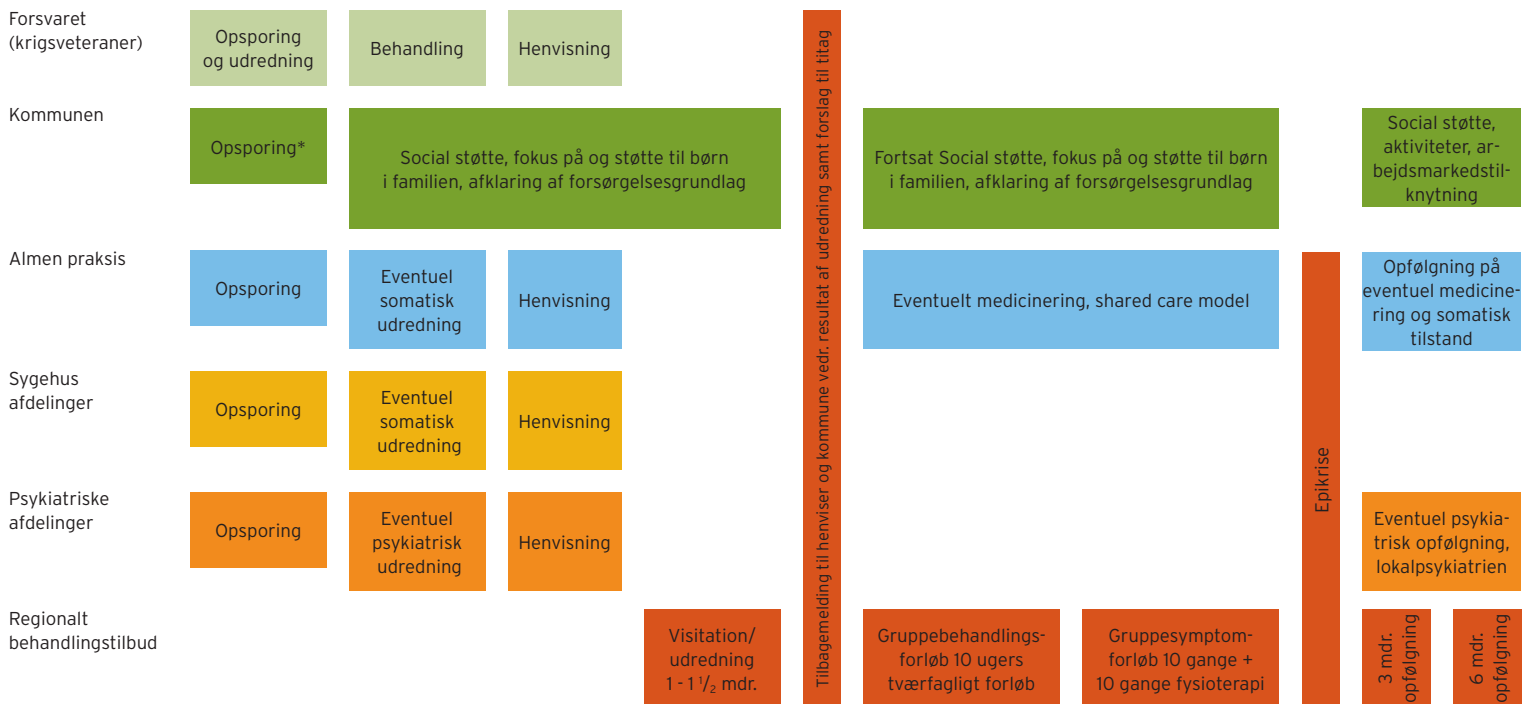
Målgruppe: Høje bio-psyko-sociale ressourcer



* Kommunalæger kan henvise på lige fod med almen praksis.

Forløbsbeskrivelser - mellem bio-psyko-sociale ressourcer

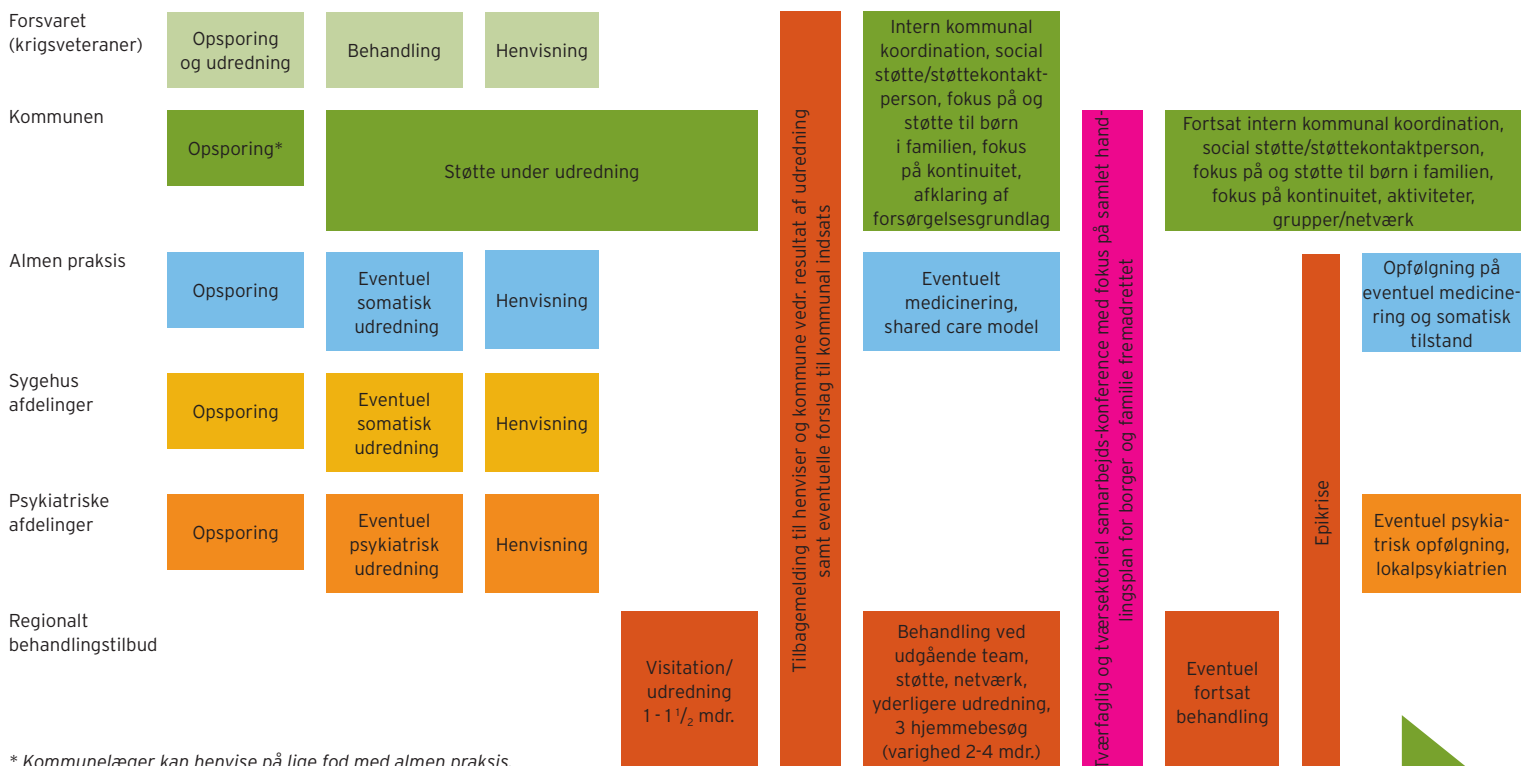
Målgruppe: Mellem bio-psyko-sociale ressourcer



* Kommunalæger kan henvise på lige fod med almen praksis.

Forløbsbeskrivelser - lave bio-psyko-sociale ressourcer

Målgruppe: Lave bio-psyko-sociale ressourcer



* Kommunalæger kan henvise på lige fod med almen praksis.

Henvisningsskema

Vejledning

- Udfyld skemaet med så mange informationer som muligt (teksten bliver mindre, når tekstkassen er udfyldt)
- Print skemaet ud og send det med almindelig post til vores postadresse
(SKEMAET MÅ IKKE SENDES ELEKTRONISK IFØLGE PERSONDALOVEN)

Skemaet sendes til

CETT - Center for Traume og Torturoverlever
Banegårdspladsen 1, 1. sal
7100 Vejle
Tlf.: 7642 0310

Oplysninger

Navn:

CPR-nr.:

Adresse:

Postnr./by:

Telefon:

Behov for tolk?: Ja Nej

Modersmål - sprog og eventuel dialekt:

Sociale forhold

Traumebaggrund - kort beskrivelse af de traumatiske oplevelser, patienten har haft

Beskrivelse af aktuel helbredstilstand

Aktuel beskæftigelse

Væsentlige helbredsundersøgelser (herunder blodprøver) og behandlingstiltag	
Aktuel behandling (herunder medicinsk behandling de seneste to år)	
Evt. henvist til yderligere undersøgelse	
Mål med henvisningen	
Venligst medsend kopi af evt. undersøgelser hos speciallæge, sygehus, psykolog og/eller psykiater.	
Borgeren indforstået med henvisningen	Henviser

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

regionsyddanmark.dk

11500 · Region Syddanmark · 01.2012