

NOTAT

Explainer: Henvisning til integreret dobbeltdiagnosebehandling

1. Indledning

Når en borger henvises til psykiatrisk behandling, er det vigtigt, at henvisningen indeholder de rette oplysninger om:

- aktuelle behandlingskrævende psykiatriske symptomer
- sygdomshistorik i både hospitalsregi og primærsektor (kortfattet)
- effekt af medicinsk behandling
- funktionsniveau
- aktuelt rusmiddelbrug
- eventuel somatisk sygdom.

For at blive visiteret til psykiatrisk behandling, herunder integreret dobbeltdiagnosebehandling, skal borgeren foruden sin rusmiddelproblematik have symptomer svarende til moderat til svær psykisk lidelse og samtidig have nedsat funktionsniveau.

At borgeren har en psykisk lidelse eller en kendt psykiatrisk diagnose betyder ikke automatisk, at borgeren er i målgruppe for psykiatrisk hospitalsbehandling. Der skal være en vis tyngde i aktuelle symptomer, sygdomsgrad og kompleksitet, før borgeren kan visiteres til et behandlingstilbud i psykiatrien. Hvilket behandlingstilbud, der er det rette for den enkelte, vurderes blandt andet ud fra, om borgeren også har anden psykisk lidelse og sygdomsgraden heraf. Derfor er det vigtigt, at den samlede situation beskrives præcist og relativt kortfattet.

2. Hvad menes med sygdomsgrad?

I psykiatrien taler vi om sygdomsgrad. Det henviser til omfanget og tyngden af de psykiatriske symptomer, og hvordan de påvirker borgerens hverdag og funktionsniveau.

En borger med skizofreni eller svær depression vil naturligt have en højere sygdomsgrad end en borger med milde angstsymptomer. Men sygdomsgraden handler ikke kun om, hvilken diagnose borgeren har, det afgørende er, hvor udtalte symptomerne er.

Når vi i psykiatrien modtager en henvisning, har vi brug for en beskrivelse af de aktuelle symptomer og ikke kun et bud på en specifik diagnose. Det er det, vi kalder for en psykopatologisk beskrivelse. Jo mere konkret en beskrivelse, jo bedre en visitation og jo større sandsynlighed for, at borgeren visiteres til det rette tilbud fra start.

I stedet for fx at beskrive en borger som deprimeret, ser vi ved depression blandt andet efter, om der er depressive symptomer som udtalt tristhed, søvnforstyrrelser, nedsat energi, reduceret initiativ og manglende interesse og glæde ved ting, som før gav energi. Det er også vigtigt, hvor længe symptomerne har været til stede.

På samme måde er det heller ikke nok at beskrive en borger som aparte, det skal i så fald beskrives nærmere, hvordan borgeren opleves aparte. Hvis der er mistanke om en psykoselidelse som skizofreni, vil der være behov for en beskrivelse af, om borgeren oplever hørelsesshallucinationer eller andre hallucinationer, og om borgeren har vrangforestillinger, som fx kan komme til udtryk ved en oplevelse af at være forfulgt, overvåget eller styret af udefrakommende kræfter. Det kan også være relevant at beskrive, om borgeren har tankeforstyrrelser og et særegent sprog.

Har en borger nogle eller flere af de nævnte psykotiske symptomer, er det også væsentligt at beskrive, om borgeren har en følelsesmæssig fladhed, initiativløshed, social tilbageslækning og nedsat energi. Er der yderligere kognitive symptomer som dårligere hukommelse, nedsat opmærksomhed og vanskeligheder ved at planlægge, skal det også beskrives.

3. Psykopatologi og historie

For bedst muligt at vurdere symptomerne, er det vigtigt at få en nuanceret beskrivelse af de nuværende symptomer og borgerens sygdomshistorik. Herunder om:

- Symptomerne er nye eller har været der før og hvor længe de aktuelle symptomer har været til stede
- Borgeren har haft en psykisk lidelse tidligere og været i behandling for lidelsen. Det kan enten være i psykiatrien, hos egen læge eller hos en psykolog
- Pårørende eller andre kan bekræfte symptomhistorik, ændring i funktionsniveau eller andre ændringer i borgerens psykiske tilstand.

En del af den vurdering der herefter vil være i den psykiatriske visitation er, om symptomerne passer med kendt sygdomsudvikling. Ved nogle psykiske lidelser vil der have været symptomer allerede tidligt i barndommen, mens andre lidelser debuterer senere. Viden om sygdomsudvikling og -historik kan derfor styrke både henvisning og vurdering og dermed øge sandsynligheden for, at borgeren visiteres til den rette behandling.

4. Funktionsniveau som nøgelfaktor

Ved vurdering af borgerens sygdomsgrad ses der også på funktionsniveau. Funktionsniveauet vurderes blandet andet ud fra om:

- borgeren kan varetage job eller uddannelse
- borgeren har svært ved at strukturere sin dagligdag
- borgeren har trukket sig tilbage socialt eller isoleret sig.

Alle parametre tæller med i den endelige vurdering, men en beskrivelse af funktionsniveauet bør være kort og præcis. Hertil kommer en samlet og helhedsorienteret vurdering af, om borgeren har mange eller få symptomer, men et lavt funktionsniveau. En borger kan nemlig godt have et lavt funktionsniveau *uden* at have svære psykiatriske symptomer.

5. Den gode henvisning går forud for visitation

Opsummeret indeholder den gode henvisning en kort og præcis beskrivelse af:

- Konkrete aktuelle symptomer
- Sygdomsudvikling over tid og varighed af aktuelle symptomer
- Sociale forhold og funktionsniveau.

Det er vigtigt, at henvisningen også indeholder kontakttinformation på henviser, gerne et direkte telefonnummer og e-mailadresse samt navn på eventuelt rusmiddelbehandler.

En henvisning skal altid udfyldes, signeres og afsendes af en læge, da det kræver psykopatologisk forståelse. Det kan være en læge tilknyttet borgerens kommunale rusmiddelenhed, men det kan også være borgerens egen læge. Lægen kan eventuelt rådføre sig med eller indhente oplysninger fra andre, fx borgerens kommunale rusmiddelbehandler og andre kontaktpersoner.

6. Henvisningsblanket

Der er udarbejdet en henvisningsblanket, som understøtter, at der videregives de rette oplysninger ved en henvisning fra kommune til psykiatri. Blanketten findes [her](#).

I henvisningsblanketten er der felter, hvor sociale parametre, funktionsniveau og rusmiddelforbruget kan beskrives. Det er altid at foretrække, at relevante oplysninger udfyldes i blanketten og ikke vedlægges som bilag til henvisningen. Et eventuelt bilag følger heller ikke med videre til ambulatoriet, hvis borgeren visiteres til behandling – det gør oplysninger fra henvisningsblanketten derimod.

7. Visitation

Ved selve visitationen udføres en højt specialiseret vurdering af, hvor og hvordan borgeren bedst behandles, og om dette er i psykiatrien. Man skal derfor ikke på forhånd love, at borgeren fx kan få et bestemt pakkeforløb eller et mere fleksibelt og udkørende behandlingstilbud i et psykiatrisk ambulatorie som F-ACT eller OPUS.

Årsagen er, at vi i psykiatrien i høj grad forsøger at tilrettelægge en helhedsorienteret behandling ud fra sygdom og sygdomsgrad, hvilken evidens der er for behandlingen af den enkelte sygdom og hvilke behandlings- og støttebehov, der er ud fra et givent funktionsniveau og kompleksitet af en lidelse.

For at sikre at borgeren får den rette rådgivning forud for henvisning, er en vedvarende dialog mellem sektorerne afgørende. Medarbejdere i almen praksis, kommuner og region skal tale sammen, dele viden løbende og bruge hinanden i samarbejdet på tværs af sektorerne. Ved et godt og stabilt samarbejde, er det også nemmere at få hjælp og sparring til at præcisere en henvisning, før den sendes afsted. Hvordan vi bedst samarbejder og hvilke samarbejdsaftaler, der er lavet på tværs af sektorerne, kan du læse mere om i samarbejdsaftalen [her](#).

8. Afslutning

Det vigtigste budskab er, at:

Vi skal forstå sygdomsgrad ud fra symptomer og funktion, psykopatologien skal beskrives nuanceret, og det er ikke udslagsgivende om borgeren har en diagnose i forvejen.

Vi skal styrke dialogen på tværs af sektorer, da det er systematikken, metoden og samtalen, der skaber den bedste visitation.