

# Samarbejdsaftale om ældrepsykiatriske patienter

---

Proces: Revideret august 2014 – opdateret december 2016

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
Ældrepsykiatriske patienter		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af

# Indsatsen vedrørende ældrepsykiatriske patienter

## Indholdsfortegnelse

1. Målgruppe .....	4
2. Tilbud til ældrepsykiatriske patienter.....	4
3. Henvisningsmuligheder .....	4
4. Organisering .....	5
5. Samarbejdsaftale om arbejdsdeling mellem kommunen og Ambulatorium for ældrepsykiatri .....	6
5.1 Særlige koordineringsområder .....	7
5.1.1 Kontaktperson, koordinering og planlægning .....	7
5.1.2 Rådgivning og vejledning .....	8
5.1.3 Mødeaktivitet .....	8

## 1. Målgruppe

Målgruppen i ældrepsykiatrien er:

+65 år med demenstilstand kompliceret af psykiatriske symptomer

+75 år med nyopstået psykisk sygdom

+80 år med psykisk sygdom

## 2. Tilbud til ældrepsykiatriske patienter

Ældrepsykiatrien er placeret på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, og består af et lukket sengeafsnit med 20 pladser samt et Ambulatorium for ældrepsykiatri.

Kommunale tilbud til målgruppen fremgår af kommunernes hjemmesider.

## 3. Henvisningsmuligheder

Elektive henvisninger fra almen praktiserende læger og speciallægepraksis fremsendes elektronisk via edifact til ældrepsykiatrien. Eventuelle bilag eftersendes. Elektive henvisninger må ikke være håndskrevne. En henvisning til ældrepsykiatrien sker i henhold til tjeklisten, der findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) og Psykiatriens hjemmeside [www.psykiatri.rn.dk](http://www.psykiatri.rn.dk). Tjeklisten lever op til standarderne i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel.

Ældrepsykiatrien har ikke akutfunktion, hvorfor akutte indlæggelser som hovedregel foregår i den voksenpsykiatriske klinik, der dækker det optageområde patienten bor i. Henvisninger skal, når det er muligt, fremsendes via edifact eller fax til den almene voksenpsykiatriske klinik, der dækker det optageområde, som patienten bor i. Alternativt må patienten selv medbringe en henvisning indeholdende de samme oplysninger i let læselig skrift. I forbindelse med henvisning til akut indlæggelse skal visiterende vagthavende læge i den modtagende klinik samtidig telefonisk kontaktes.

Hvis det vurderes ved visitationen eller senere i en forvisitationssamtale, at patienten *ikke* skal behandles i Psykiatrien i Region Nordjylland, sendes henvisningen tilbage til henviser eventuelt med anbefaling af behandling i andet regi.

### Tjeklister vedrørende indhold i henvisninger (den gode henvisning)

#### Indhold i elektive henvisninger til ældrepsykiatrien:

- Generelle personoplysninger. inkl. (mobil)telefonnummer og hvor patienten kan træffes
- Navn, adresse og telefonnummer på henviser
- Aktuel problemstilling, herunder patientens hovedklager og symptomer
- Anamnese (psykiatrisk, neurologisk og somatisk)
- Hvad forventes af henvisningen og hvorfor
- Hvilke foranstaltninger har der eventuelt været overvejet
- Udførlig beskrivelse af demenssymptomer
- Medicinliste
- MMSE-test (Mini Mental State Examination)
- GDS-test (Geriatrisk Depressions Skala)
- EKG (Elektrokardiogram)
- Udredning fra demensfagperson
- Demensblodprøver
- Oplysning om patienten er henvist til scanninger af hjernen

- Angivelse af evt. misbrugsproblemstilling. Det skal fremgå, om der er aktuelt misbrug og hvor omfattende, eller, hvis det er ophørt, hvor længe patienten har været stof-/alkoholfri
- Aktuel behandling samt tidligere behandlingsforsøg og effekt heraf
- Generelle oplysninger om medicinstatus. (Aktuelle totale medicinforbrug)
- Eventuelle allergier herunder eventuelt CAVE
- Oplysninger om tidligere psykiatriske indlæggelser og ambulante forløb i psykiatrisk regi
- Patientens motivation for at følge behandling
- Hvilken information er givet til patient og eventuelle pårørende

#### 4. Organisering

Region Nordjylland og de nordjyske kommuner har indgået aftale om et samarbejde om demensudredningen.

Den basale demensudredning foregår i primær sektor i samarbejde mellem den praktiserende læge og en kommunalt ansat demensfagperson. Demensklubben sikrer tværfaglig og specialiseret visitation og udredning. Viderehenvisning fra den praktiserende læge til sekundærsektor sker ved tidlige og uklare demenstilfælde, ved usikkerhed om demenstypen, ved svære og komplicerede tilfælde, og hvis der er behov for demensmedicinsk behandling.

Regionen har indgået § 2-aftale om de praktiserende lægers deltagelse i at videreføre og udbrede den samordnede demensudredningsmodel til hele regionen.

#### Arbejdsdeling mellem region, kommune og praktiserende læge (Jf. samarbejdsaftalerne)

Aktiviteter	Nødvendige kompetencer	Ansvarlig for at udføre
Tovholder og forløbskoordinator i hele patientforløbet	Demensfagperson	Kommunen
<b>Perioden forud for diagnose:</b>		
Medicinsk indsats		Praktiserende læge
Aktivitetstilbud m.v.		Kommunen

<b>Perioden for udredning:</b>		
Udredning og diagnostik	Demensfagperson og almen praktiserende læge	Kommunen og almen praktiserende læge
Supplerende udredning, udredning af uklare tilfælde		Neurologisk, geriatrisk eller ældrepsykiatrisk ambulatorier
Socialmedicinsk opfølgningssamtale	Demensfagperson og almen praktiserende læge	Kommunen og almen praktiserende læge
<b>Perioden for igangsættelse af behandling *</b>		
Igangsættelse af behandling (medicinsk og plejefaglig indsats) *		Kommunen, almen praktiserende læge og regionen
<b>Den kroniske fase:</b>		
Medicinsk indsats og opfølgning	Demensfagperson, almen praktiserende læge.	Kommunen og almen praktiserende læge
Behandling ved psykiatriske komplikationer *	Speciallæge og plejepersonale i ældrepsykiatrien	Regionens ældrepsykiatri
Opfølgende samtaler, min. én pr. år	Demensfagperson og almen praktiserende læge	Kommunen og almen praktiserende læge
Sociale tilbud målrettet demente, støtte til pårørende, praktiske hjælp m.v.		Kommunen

\* Særlige forhold vedr. ældrepsykiatriske patienter, der ikke fremgår af samarbejdsaftalen.

En kommunal demensfagperson er både tovholder og forløbskoordinator i patientforløbet. Ældrepsykiatrien samarbejder i relevante dele af udrednings- og behandlingsforløbet med de kommunale fagpersoner på demensområdet. Der er endvidere fokus på udvikling og optimering af shared care samarbejdet mellem Ældrepsykiatrien og praktiserende læger.

## **5. Samarbejdsaftale om arbejdsdeling mellem kommunen og Ambulatorium for ældrepsykiatri**

Der er indgået konkrete aftaler om samarbejdet/arbejdsdelingen mellem kommunerne i Region Nordjylland og Ambulatorium for ældrepsykiatri.

Det fælles udgangspunkt for samarbejdet er:

- At sikre sammenhæng og kontinuitet i den samlede indsats i forhold til den enkelte borger
- At sikre information og kommunikation mellem de involverede parter, med det formål at fremme dialog og udvikling af samarbejdet

## 5.1 Særlige koordineringsområder

### 5.1.1 Kontaktperson, koordinering og planlægning

Før hvert besøg hos en borger træffes der aftale om, hvem der fra hjemmeplejen deltager i mødet i borgerens hjem sammen med ældrepsykiatrien. Undtaget herfra er dog de situationer, hvor borgeren ikke i forvejen er kendt i hjemmeplejen. I de tilfælde sker kontakten fra Ambulatorium for ældrepsykiatri til demensfagpersonen i kommunen efter nærmere aftale med borgeren.

#### **Kommunen:**

Kommunen sikrer, at der er en navngivet demensfagperson/navngivne demensfagpersoner i kommunen, der har kompetence til at varetage den fælles koordinering, planlægning og igangsætning af den samlede indsats i forhold til borgeren, herunder:

- At træffe aftale om og koordinere fælles besøg hos borgeren
- At tage imod oplysninger om ordinationer til borgeren (medicin m.v.)
- At inddrage og samarbejde med relevante interne samarbejdspartnere, så den enkelte borger visiteres til de nødvendige foranstaltninger og ydelser ud fra borgerens og de pårørendes aktuelle behov og situation.

For at sikre fælles aftaler og planlægning af indsatsen i forhold til borgeren, stiller kommunen demensfagpersoner og andet relevant personale til rådighed, så der efter konkret aftale altid er mulighed for, at der kan holdes et fælles møde hos borgeren. Demensfagpersonen har ansvar for videreformidling af information og koordinering af aftaler mv. til relevante samarbejdspartnere.

Kommunen informerer og rådgiver om tilbud og ydelser til demensramte borgere i kommunen samt vurderer og tildeler ydelser til borgerne ud fra deres og de pårørendes individuelle behov.

Kommunen sørger for at udarbejde procedure for den interne ansvars- og opgavefordeling i kommunen samt for, at der foreligger ajourførte lister over navngivne demensfagpersoner i kommunen. Kommunen har endvidere ansvar for, at de ajourførte lister over navngivne demensfagpersoner/kontaktpersoner løbende videreformidles til Ambulatorium for ældrepsykiatri.

#### **Ambulatorium for ældrepsykiatri**

Før besøg hos borgeren kontakter ambulatoriet, som hovedregel, navngiven demensfagperson i kommunen og sammen udveksles oplysninger og borgerens situation vurderes. Kontakten afsluttes med, at der træffes aftale om fælles besøg i hjemmet. Patienter med demensproblematik og psykiatrisk komplikationer bliver forvisiteret i eget hjem eller Ambulatorium for ældrepsykiatri, afhængig af patientens samlede legemlige og psykiske tilstand.

Efter henvisning fra den praktiserende læge, varetager Ambulatorium for ældrepsykiatri:

- Udredning og diagnostisering
- Specialistbistand i forhold til borgere, hvis tilstand og psykiske symptomer er blevet for svære at håndtere i det daglige for kommunen og den praktiserende læge

Overlægen i ældrepsykiatrien har behandlingsansvaret for den psykofarmakologiske behandling, så længe borgeren er indvisiteret i Ambulatorium for ældrepsykiatri.

Ambulatorium for ældrepsykiatri har ansvar for skriftligt at formidle ordinationer (medicin mv.) til borgeren ud til kommunens demensfagperson samt praktiserende læge. I fornødent omfang sker formidlingen også ved personlig kontakt til kommunens demensfagperson.

### **5.1.2 Rådgivning og vejledning**

#### **Kommunen:**

Efter behov står demensfagpersonen/demensfagpersonerne for at give råd og vejledning om demens i det daglige til borgere, pårørende og interne samarbejdspartnere i kommunen.

Demensfagpersonen står til rådighed og er aktiv deltager såvel internt i kommunen som i samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere hos udredte borgere i "svære demensforløb". Internt inddrages demensfagpersonen i vurderingen af et demensforløb, før der rettes henvendelse til Ambulatorium for ældrepsykiatri.

#### **Ambulatorium for ældrepsykiatri:**

Ambulatorium for ældrepsykiatri yder råd og vejledning til de henviste borgere, de pårørende, til medarbejdere og ledere i kommunen, når det drejer sig om særlige vanskelige situationer og problemer hos borgeren.

Konsulentbistanden kan efter aftale omfatte:

- Vejledning i forhold til såvel enkeltpersoner som grupper, pårørende og pårørendegrupper
- Udviklingsopgaver som f.eks. metodeudvikling, erfaringsopsamling, forsknings og evalueringsprojekter.

### **5.1.3 Mødeaktivitet**

Ambulatorium for ældrepsykiatri og de kommunale demensfagpersoner afholder efter behov møder, hvor der gensidigt sker en vidensformidling, udveksling af erfaringer og holdninger samt en drøftelse af samarbejde og aftaler.