

Udrednings- og behandlingskoncept for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland

Indholdsfortegnelse

1.0 Baggrund for udarbejdelse af konceptet.....	3
2.0 Beskrivelse af tilbudene for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland	4
3.0 Succeskriterier.....	4
4.0 Evidens på området.....	5
5.0 Målgruppeafgrænsning.....	6
6.0 Henvisningsprocedure	7
7.0 Udrednings- og behandlingskoncept	7
7.1 Visitation.....	8
7.2 Udredning.....	8
7.3 Behandling	8
8.0 Fælles dokumentationsredskab	10
9.0 Personalekompetencer.....	11
10.0 Forskning.....	11
11.0 Tolke	11
12.0 Samarbejde mellem de to behandlingstilbud	12
13.0 Ventelisteløsninger.....	12
Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen.....	13
Bilag 2: Oversigt over de to behandlingstilbud	15
Bilag 3: Udkast til henvisningsskema	16
Bilag 4: ICD-10 klassifikationer.....	21
Bilag 5: Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-R)	25
Bilag 6: GAF	35
Bilag 7: HoNOS	44
Bilag 8: ICF – udvalgte koder	55

1.0 Baggrund for udarbejdelse af konceptet

Region Midtjylland driver to behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge: Rehabiliteringscentret for traumatiserede flygtninge (RCT Midtjylland), og Team for Traumatiserede Flygtninge (TFTF). De to tilbud til traumatiserede flygtninge er forskellige, hvilket blandt andet er historisk betinget.

Behandlingsindsatsen for traumatiserede flygtninge er generelt kendetegnet ved lange ventetider. Det har ført til stor politisk bevågenhed på nationalt, såvel som på regionalt plan.

Regionsrådet i Region Midtjylland ønsker med vedtagelsen af psykiatriplanen at sætte fokus på behandlingen af traumatiserede flygtninge, idet der som en del af realiseringen af psykiatriplanen skal udarbejdes et fælles udrednings- og behandlingskoncept for behandlingen af traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland.

Udrednings- og behandlingskonceptet skal i overensstemmelse med psykiatriplanens intentioner sikre at indsatsen

- Opfylder regionens servicemål.
- Er evidensbaseret med henblik på anvendelse af de mest effektive behandlingsformer.
- Er baseret på shared care.
- Er knyttet til det sekundære sundhedsvæsen.
- Er baseret på tydelige henvisnings- og visitationsprocedurer.
- Har et tydeligt behandlingskoncept.
- Øger produktiviteten.
- Er harmoniseret.

Den strategiske ledelsesgruppe på psykiatri- og socialområdet besluttede på mødet den 14. april 2008 at nedsætte en arbejdsgruppe, der skulle udarbejde et forslag til realisering af psykiatriplanens anbefaling vedrørende traumatiserede flygtninge. Arbejdsgruppen har haft til opgave at komme med forslag til:

- En målgruppeafgrænsning.
- Et fælles behandlingskoncept for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland, som dels tilgodeser en reduktion af ventetiden, dels medfører, at flere patienter behandles.
- Et dokumentationsredskab der monitorerer aktiviteten, faglige mål og ventelisteudviklingen, herunder følger produktivitetsforbedringerne.
- Emne til forskningsprojekt.
- En satspuljeansøgning.

Arbejdsgruppens sammensætning samt kommissorium fremgår i sin fulde længde af bilag 1.

Fokus i denne rapport er enhedernes udrednings- og behandlingsopgaver. Udover kerneydelsen har behandlingstilbudene, i varierende omfang, opgaver af forsknings-, uddannelses- og undervisningsmæssig karakter.

Satspuljeansøgningen indgår ikke i rapporten, men er vedlagt som bilag.

2.0 Beskrivelse af tilbudene for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland

Region Midtjylland benytter sig udelukkende af behandlingstilbud i regionalt regi i forhold til behandling af traumatiserede flygtninge.

Region Midtjylland driver, som nævnt ovenfor, to tilbud:

RCT Midtjylland blev etableret i 1987 som et forrevalideringstilbud under Uddannelses- og Arbejdsmarkedsafdelingen i Århus Amt. I 2003 etablerede RCT Midtjylland behandlingspladser under sygehusloven. I forbindelse med strukturreformen i 2007 blev den behandlingsmæssige del af RCT adskilt fra revalideringstilbudet, hvorefter RCT Midtjylland organisatorisk blev en del af Afdeling S, Århus Universitetshospital, Risskov. Den 1. april 2007 blev RCT Horsens etableret som satellit til RCT Århus. RCT Midtjylland dækker regionens Distrikt Øst og Distrikt Syd.

Team for Traumatiserede Flygtninge er et forholdsvis nyt behandlingstilbud, der blev etableret ultimo 2005 under den daværende Psykiatrisk Afdeling Holstebro, som i dag benævnes Regionspsykiatrien Holstebro. Ved regionsdannelsen blev tilbuddet udvidet til at dække hele Region Midtjyllands Distrikt Vest. Tilbudet har i dag lokaliteter til udekonsultationer i Herning, Viborg, Skive.

En skematisk oversigt over tilbudenues nuværende forskelle og ligheder fremgår af bilag 2.

Arbejdsgruppen anbefaler at behandlingstilbudene, med indførelse af det nye koncept, samles under det fælles navn: Klinik for Traumatiserede Flygtninge, og at de herefter benævnes:

- Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Holstebro
- Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Horsens
- Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Århus

3.0 Succeskriterier

Det fælles udrednings- og behandlingskoncept for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland skal leve op til følgende tre succeskriterier:

1. Tilgængelig og hurtig visitation, udredning og behandling

Det betyder, at

- Patienten får besked om tid til første personlige kontakt senest 8 hverdage efter at henvisningen er modtaget.
- Ventetiden til første personlige kontakt er maksimalt 2 måneder.

2. Bedring af psykisk, fysisk og social funktion

Det betyder, at

- Behandlingen tilsigter en reduktion i psykiske og fysiske symptomer og et forbedret socialt funktionsniveau for patienterne.

3. Etablering af forpligtende kontakt til relevant behandling og støtte fra kommune og praktiserende læge gennem hele patientforløbet

Det betyder, at

- Der tilstræbes et tæt, formaliseret og forpligtende samarbejde med praktiserende læge og kommune gennem hele patientforløbet – fra henvisning sendes, til patienten afsluttes. Samarbejdet formaliseres gennem udarbejdelse af sundhedsaftaler mellem Region Midtjylland, de praktiserende læger og hver enkelt kommune.

4.0 Evidens på området

Det er af afgørende betydning for kvaliteten i behandlingen at den baserer sig på evidens.

Der findes en del evidens på området for posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) – jf. blandt andet Referenceprogrammet for angstlidelser hos voksne.¹ Videnskabelig evidens for effekten af forskellige behandlingsformer rettet mod traumatiserede flygtninge er imidlertid stærkt begrænset (Carlsson, 2005).²

Carlsson fremhæver dog, at følgende forhold synes at have en effekt:

- En multidisciplinær tilgang anbefales i mange lande, idet traumatiserede flygtninge ofte har såvel psykiske som fysiske og sociale problemer.
- Flere forskellige psykoterapeutiske, fysioterapeutiske og medikamentelle samt sociale interventionsformer har været anvendt. Specielt i den tidlige behandlingsfase har mange forskellige behandlingstiltag vist sig at have effekt.
- Behandling af traumatiserede flygtninge har hidtil primært fokuseret på individuel behandling og terapi. Der er imidlertid nu en stigende interesse for gruppeinterventioner.

¹ Referenceprogrammet for angstlidelser hos voksne, Sundhedsstyrelsen nov. 2007.

² Jessica M. Carlsson (2005): "Mental health and health-related quality of life in tortured refugees", ISBN 87-99145-1-8.

Det anbefales, at

- Det fælles udrednings- og behandlingskoncept for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland indtænker en multidisciplinær tilgang, forskellige behandlingstiltag, samt mulighed for gruppeinterventioner.

5.0 Målgruppeafgrænsning

En entydig og klar målgruppeafgrænsning har afgørende betydning for at det kun er relevante patienter, der står på ventelisten.

Personkredsen afgrænses således til:

- Personer, som i et andet land har været udsat for en traumatisk hændelse i form af rædselsoplevelser under krig, borgerkrig og politisk forfølgelse, tortur og andre former for organiseret vold, som yderligere kan have medført tab af nærtstående personer, hus og hjem, hjemland m.m., som har ført til alvorlige psykiske, fysiske eller sociale problemer, samt
- Personer, som lever sammen med en primært traumatiseret person, således at relationen i sig selv truer personens psykiske, fysiske og sociale integritet.

Følgende forhold skal desuden gøre sig gældende for at en patient falder inden for målgruppen:

- Er over 18 år.
- Har ICD-10 aktionsdiagnosen F32: "Depressiv enkeltepisode", F43.1: "Posttraumatisk belastningsreaktion", F.62.0: "Personlighedsændring efter katastrofeoplevelser".

Patienter, der har et af følgende karakteristika tilhører ikke målgruppen:

- Status af asylansøger.
- Har anden aktionsdiagnose som eksempelvis skizofreni, depression (frasat depressiv enkeltepisode af svær grad) eller misbrug.
- Hvor der alene er behov for (motivation for) en monofaglig indsats.
- Har udvist behandlingsresistens - herunder tidligere har modtaget så omfattende behandlingstilbud, at yderligere behandling vurderes virkningsløs.
- Har en udpræget manglende motivation.
- Har væsentlige hindringer af somatisk, psykisk eller social karakter.

Det anbefales, at

- Den fremtidige målgruppe er svært traumatiserede flygtninge og pårørende til disse, som er over 18 år med ICD-10 diagnosen F32, F.43.1 eller F.62.0.
- Patientens egen læge modtager besked, om muligt med anbefaling af relevant behandling og vurdering af behov for støtte, såfremt patienten ikke er omfattet af målgruppen.

6.0 Henvisningsprocedure

En hurtig visitation fordrer, at der sker en struktureret og systematisk indhentning af relevante oplysninger til brug for visitationen.

Henvisning til behandlingstilbudene sker, af hensyn til kontinuiteten, som hovedregel fra praktiserende læge, hvilket blandt andet medvirker til at sikre den behandlingsmæssige kontinuitet. Andre læger kan imidlertid ligeledes henvise til visitation, udredning og behandling.

Den henvisende læge udfylder et henvisningsskema, som er fælles for de to behandlingstilbud. Skemaet findes blandt andet på behandlingstilbudenes hjemmesider. I forbindelse med udfyldelsen af henvisningsskema indhentes samtykkeerklæring fra patienten til brug for det videre forløb.

Behandlingstilbudene foretager en papirvisitation, hvor tilbudets leder, eller stedfortræder for denne, med baggrund i henvisningsskemaet vurderer, om patienten er omfattet af målgruppen.

Er patienten omfattet af målgruppen iværksættes følgende procedure:

- Der fremsendes brev til patienten inden otte hverdage efter modtagelse af henvisningen. I brevet tildes en tid til første personlige kontakt indenfor to måneder efter henvisning. Brevet opfylder betingelserne i Sundhedslovens § 90, jf. § 86.
- Der fremsendes brev til praktiserende læge med henblik på yderligere oplysninger vedr. medicinering og tidligere udrednings- og behandlingsforløb, såfremt disse mangler i henvisningen.
- Der fremsendes brev til kommunal sagsbehandler med henblik på yderligere oplysninger vedr. sociale forhold, såfremt der er behov herfor.

Er patienten ikke omfattet af målgruppen

- Fremsendes besked herom til patient og henviser, om muligt med forslag til relevant behandling.

Det anbefales, at

- Der implementeres en struktureret og systematisk indhentning af oplysninger fra praktiserende læge og kommune til brug for papirvisitation, samt at det fælles henvisningsskema anvendes hertil.

7.0 Udrednings- og behandlingskoncept

Det fælles udrednings- og behandlingskoncept er et intensivt forløb, der som hovedregel tilstræbes gennemført indenfor 4 måneder. På baggrund af en konkret faglig vurdering kan forløbet forkortes eller forlænges.³

³ Hvert patientforløb består i gennemsnit af 43 ambulante besøg.

7.1 Visitation

Visitationen sker som udgangspunkt på baggrund af papirvisitation og en forsamtale. Sagen kan dog i særlige tilfælde afvises alene på baggrund af en papirvisitation. Dette sker dog kun når patienten tydeligt falder udenfor målgruppen.

Forsamtalen foretages ved hjælp af et klinisk interview, hvor behandleren undersøger symptomniveau, kognitivt funktionsniveau, motivation, og sociale forhold med henblik på en vurdering af patientens muligheder for at indgå i et behandlingsforløb. Interviewet foretages med udgangspunkt i de indsamlede oplysninger fra praktiserende læge og kommune og understøttes af den psykometriske test "Harvard Trauma Questionnaire" (HTQ-R).⁴

Fysioterapeutiske undersøgelser kan eventuelt supplere interviewet, men en egentlig somatisk udredning og behandling forventes varetaget af patientens praktiserende læge.

Det kliniske interview tager udgangspunkt i ICD-10 diagnosesystemet, og danner grundlag for et visitationsmøde, hvor det afgøres hvorvidt patienten

- tilhører målgruppen og dermed tilbydes et behandlingsforløb – herunder hvor hurtigt behandlingen skal iværksættes.
- falder udenfor målgruppen. I tilfælde af afvisning anbefales eventuel anden relevant indsats.

7.2 Udredning

I de tilfælde, hvor der ikke i forbindelse med visitationen træffes beslutning om behandling, kan der være behov for yderligere udredning i andre dele af sundhedssystemet med henblik på en afklaring af, hvilken behandling patienten skal tilbydes.

7.3 Behandling

Behandlingskonceptet tilpasses den enkelte patients særlige karakteristika. Der udarbejdes en behandlingsplan, som også beskriver de konkrete indsatsområder og opgavefordelingen i samarbejdet mellem behandlingstilbudet, praktiserende læge og kommune, således at fokus til stadighed er rettet mod det fælles ansvar i behandlingsforløbet (shared care).

Alle patienter, der vurderes at falde indenfor målgruppen, tilbydes imidlertid en grundpakke. Grundpakken kan i særlige tilfælde og ud fra en faglig vurdering suppleres med ekstra behandlingsydelser.

Grundpakken indeholder følgende elementer:

⁴ Anvendelsen af HTQ-R begrænser sig til skemaets del 4, spørgsmål 1-16.

Psykologisk behandling. En individuel og kulturelt tilpasset kognitiv adfærdsterapi (KAT). Terapien kan i praksis indeholde såvel psykodynamiske som systemiske elementer. Den psykologiske behandling kan derudover indeholde psykoedukative elementer samt løbende inddragelse af pårørende. Desuden foretages en HoNOS-, en GAF-test og HTQ-R ved behandlingsstart.

- Psykologisk behandling tilbydes med henblik på at sætte patientens traumatiske oplevelser og symptomer i perspektiv samt sætte fokus på mestring af nutiden

Fysioterapeutisk behandling. En individuel og kulturelt tilpasset psykomotorisk fysioterapi (herunder BAT), samt psykoedukative forløb med kropsligt fokus i forhold til smerte- og stressmestring, og fokus på øget fysisk aktivitet. I behandlingen indgår udredning af traume- og torturrelaterede symptomer – blandt andet ved brug af udvalgte koder fra ICF.

- Fysioterapeutisk behandling tilbydes med henblik på at dæmpe patientens arousalniveau, lindre smertesymptomer, samt sætte fokus på at styrke patientens mestringsstrategier.

Medicinsk behandling. En psykofarmakologisk behandling sigter mod at lindre patienternes psykiske symptomer samt bedre deres mulighed for at indgå i de øvrige behandlingstilbud.

- Som hovedregel beholder den praktiserende læge ansvaret for medicineringen af patienten, men både i forbindelse med udredning og løbende under behandlingen, kan psykiatrisk konsulentbistand inddrages. Praktiserende læge orienteres løbende om alle ændringer eller forslag til ændringer i medicinsk behandling.

Udover ovenstående 3 hovedelementer i behandlingsforløbet vurderes individuelt behovet for psykoedukation i grupper og social færdighedstræning. Ydelserne sigter mod at nedbringe stressniveauet og kan tilbydes i det omfang, de vurderes at have en gavnlig effekt på behandlingsforløbet.

Ved behandlingsstart og ved afslutning af patientforløbet udføres følgende psykometriske test for følge udviklingen i patientens psykiske og fysiske symptomer samt sociale funktionsniveau:

- Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-R).
- HoNOS.
- GAF.
- ICF (udvalgte koder).

Det anbefales, at

- Det fælles koncept er et intensivt udrednings- og behandlingsforløb med en grundpakke, der afvikles over ca. 4 måneder med to sessioner ugentligt, men med mulighed for supplering eller forlængelse efter en konkret klinisk vurdering.
- Behandlingen består af en grundpakke indeholdende 3 hovedelementer: Psykologisk-, fysioterapeutisk- og medicinsk behandling. Grundpakken kan i særlige tilfælde og ud fra en konkret faglig vurdering suppleres med yderligere behandlingsydelser.
- De 4 psykometriske tests HTQ-R, HoNOS, GAF og ICF (udvalgte koder) anvendes ved behandlingsstart og ved afslutning af patientforløbet.

8.0 Fælles dokumentationsredskab

For at sikre at de i afsnit 4 opstillede succes mål for behandlingskonceptet nås, skal behandlingsindsatsen i forhold til traumatiserede flygtninge følges tæt. Der skal udarbejdes en database, som giver mulighed for at følge både den faglige og aktivitetsmæssige udvikling.

Der anvendes et fælles registreringsskema, som indeholder data til indtastning i databasen.

I forhold til den faglige kvalitet skal følgende registreres:

- Resultaterne af de gennemførte diagnostiske redskaber og psykometriske test ICD-10, HTQ-R, HoNOS, GAF og ICF.

I forhold til sociodemografiske data skal følgende registreres:

- Patientens køn, alder, nationalitet, uddannelse, civilstatus, antal hjemmeboende børn, flygtningestatus, tolkebehov og kommune.

I forhold til dokumentation af den aktivitetsmæssige udvikling skal følgende data registreres i forhold til hvert enkelt patientforløb:

- antal ambulante besøg, patientforløbets varighed.

I forhold til den øvrige udvikling i aktiviteten monitoreres denne gennem udtræk fra InfoRM vedrørende:

- Antal henvisninger, antal ventende, det samlede antal afsluttede besøg, det samlede antal ambulante besøg.

Det anbefales, at

- Der anvendes et fælles dokumentationsskema indeholdende faglige, sociodemografiske og administrative indikatorer til brug for indtastning i databasen.
- Udviklingen monitoreres én gang årligt. Første gang 1. maj 2009.

9.0 Personalekompetencer

Udrednings- og behandlingskonceptet for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland har behandlingsmæssig karakter. Udredning og behandlingen skal derfor primært udføres af sundhedspersonale. Andre faggrupper kan imidlertid ligeledes bidrage til udredning og behandling i tilbudene, såfremt de ad anden vej har erhvervet sig kompetencer hertil, og dermed bidrager til tilbudenenes samlede aktivitet. Ved nyansættelser bør den sundhedsfaglige profil prioriteres.

Det anbefales, at

- Personale i behandlingsenhederne for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland har kompetencer af behandlingsmæssig karakter.

10.0 Forskning

Der er, som nævnt under punkt 4, kun i beskedent omfang evidens for effekten af behandling af traumatiserede flygtninge.

Såvel RCT som TFTF indgår i forskellige forskningsmæssige sammenhænge, og ønsker at bidrage til den fortsatte forskning på området. Der er behov for at etablere fælles forskningsprojekter mellem RCT Midtjylland og TFTF, samt for at etablere samarbejde med Center for Psykiatrisk Forskning ved Århus Universitetshospital i Risskov og med Videnscenter for Psykotraumatologi ved Psykologisk Institut ved Århus Universitet, såfremt dette etableres.

I forhold til behandlingen af traumatiserede flygtninge er følgende emner identificeret som værende væsentlige

- Klinisk effektforskning og udvikling af relevante psykometriske tests.

Det anbefales, at

- Forskning i forhold til behandling af traumatiserede flygtninge prioriteres i den kommende implementering af psykiatriens forskningsstrategi.
- Der igangsættes tværgående forskningsprojekter – gerne indenfor klinisk effektforskning og udvikling af psykometriske tests.

11.0 Tolke

Behandlingstilbudene til traumatiserede flygtninge vil også i fremtiden have behov for tolkebistand. Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at etablere et fællesregionalt tolkekorps, idet transportafstandene i regionen er en hindring herfor. Det tilstræbes imidlertid fortsat at benytte et fast tolkekorps, der har kendskab til psykiatriområdet generelt og behandlingstilbudene specifikt.

Det vurderes, at der med fordel kan etableres en fællesregional uddannelse for tolke, der arbejder indenfor psykiatrien. Muligheden for telemedicinske løsninger vurderes løbende og inddrages eventuelt.

Det anbefales, at

- Der udvikles en fælles uddannelse for tolke inden for psykiatrien i Region Midtjylland

12.0 Samarbejde mellem de to behandlingstilbud

De to behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge kan med fordel samarbejde om en række tiltag. Idet klinikkerne er geografisk adskilte og specialiserede behandlingstilbud er det vigtigt at sikre muligheder for vidensdeling – herunder fælles undervisning, forskning og uddannelse. Endvidere kan der, blandt andet som følge af det frie sygehusvalg, tænkes et behandlingsmæssigt samarbejde i det omfang et af tilbudene besidder særlige kernekompetencer indenfor et bestemt område.

Det anbefales, at

- Der etableres et samarbejdsforum mellem de to behandlingstilbud.

13.0 Ventelisteløsninger

Formålet med det fælles udrednings- og behandlingskoncept er blandt andet at sikre en nedbringelse af ventelisten til behandling. Nedbringelsen vil imidlertid ske over tid, hvorfor det er nødvendigt at etablere ventelisteløsninger for patienter på ventelisten til behandling.

Hovedindsatsen i forhold til patienter på ventelisten er forankret i primærsektoren. Behandlingstilbudene skal imidlertid, i henhold til shared care-tankegangen, støtte op om denne indsats. Ved ventetid mellem visitationssamtale og behandlingsopstart skal der således fremsendes brev til patientens praktiserende læge med tilbud om, at denne kan søge råd og vejledning ved klinikken frem til behandlingsstart. I brevet anføres så vidt muligt ligeledes anbefaling vedrørende mulige tiltag i forhold til patienten frem til behandlingsstart.

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppen

De to tilbud til traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland er forskellige og historisk betinget.

Som en del af realiseringen af psykiatriplanen skal der udarbejdes fælles regionale retningslinier for indsatsen over for traumatiserede flygtninge.

Den strategiske ledelsesgruppe drøftede den 14. april en kortlægning af behandlingstilbudet til traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland. Det er af væsentlig betydning for den strategiske ledelsesgruppe, at ventetiden til behandling reduceres og at endnu flere inden for målgruppen behandles, hvorfor der nedsættes en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe til udarbejdelse af fælles regionale retningslinier på området.

I overensstemmelse med psykiatriplanens intentioner skal de fælles regionale retningslinier til traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland være baseret på følgende:

- knyttet til det sekundære sundhedsvæsen
- shared care
- evidensbaseret
- opfylde regionens servicemål og forberedelse til den udvidede ret til behandling
- have tydelige henvisnings- og visitationsprocedurer
- have et tydeligt behandlingskoncept
- øge produktiviteten
- harmoniserende.

Den strategiske ledelsesgruppe har besluttet, at der den 1. 5 2009 skal være dokumenteret produktivetsforbedringer i behandlingen af traumatiserede flygtninge. Der skal således udvikles et dokumentationsredskab, som monitorerer aktiviteten, faglige mål og ventelisteudviklingen, herunder produktivetsforbedringer.

Der nedsættes derfor en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, som får til opgave at komme med forslag til:

- en målgruppeafgræsning
- et fælles behandlingskoncept for traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland, som tilgodeser en reduktion af ventetiden og at flere patienter behandles
- et dokumentationsredskab der monitorerer aktiviteten, faglige mål og ventelisteudviklingen, herunder følger produktivetsforbedringerne.
- emne til forskningsprojekt, og

- udarbejde satspuljeansøgning, såfremt den skal udarbejdes i den pågældende periode

Arbejdsgruppen består af følgende medlemmer:

Per Jørgensen (formand), Cheflæge

Annemarie Gottlieb, Leder af RCT

Niels Christian Helms, psykiater RTC

Merete Bysted, Ledende overlæge afdeling S, Århus Universitets-hospital, Risskov

Elias Kristjansson, Teamleder Team for Traumatiserede Flygtninge

Ingrid Korsgaard, Medarbejderrepræsentant Team for Traumatiserede Flygtninge

Carsten Lund, Chefpsykolog Regionspsykiatrien Holstebro

Helle Odde, Kontorchef Distrikt Vest

Rasmus Byskov-Nielsen (sekretær), Fuldmægtig Distrikt Vest

Arbejdsgruppen færdiggør sit arbejde inden sommerferien 2008 med henblik på afrapporteringen efter sommerferien til den strategiske ledelsesgruppe. Rapporten forventes at have et omfang på 5-10 sider.

Proces.

Da der er tale om en komprimeret proces tilrettelægges arbejdet med få men intensive og længerevarende møder. Der afholdes i alt 2 møder

1. møde afholdes den 6. juni 2008 kl. 9-17 i Gl. Skovriddergård, Silkeborg
2. møde afholdes den 19. juni 2008 9-13 i Regionshuset i Viborg, mødelokale F3

Som baggrundsmateriale til møderne anvendes følgende:

- Udredning vedrørende behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge i Region Midtjylland, april 2008
- Fagligt responsum om tværkulturel psykiatri og traumatiserede flygtninge, maj 2007
- Rapport fra arbejdsgruppen om hurtigere visiterende undersøgelser til det særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, februar 2008
- Udkast til psykiatriplanen for Region Midtjylland

Bilag 2: Oversigt over de to behandlingstilbud

	RCT Århus	RCT Horsens	TFTF
Størrelse og budget	16,5 ansatte, ekskl. speciallægekonsulent Budget 2007 (kr.): 8.409.000	3,84 ansatte, ekskl. speciallægekonsulent Budget 2007 (kr.) 2.789.363 Dog er der forbrugt 1.799.308 kr. ⁵	4,99 ansatte, ekskl. speciallægekonsulent Budget 2007 (kr.): 2.683.000
Personale	Ansæt psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere, kulturmedarbejdere og pædagoger	Ansæt psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere, kulturmedarbejdere og pædagoger	Ansæt psykologer og fysioterapeuter
Samarbejds-model	Samarbejder i forskelligt omfang med praksis og kommunale sagsbehandlere, men ikke systematiseret.	Samarbejder i forskelligt omfang med praksis og kommunale sagsbehandlere, men ikke systematiseret.	Shared Care mellem TFTF, praktiserende læger og kommune. Der er udarbejdet formaliserede samarbejdsaftaler med kommunerne
Behandlings-længde	Op til 9 mdr. plus forundersøgelse – gennemsnitligt 7 mdr. inkl. forundersøgelse	Op til 9 mdr. plus forundersøgelse	4 mdr. – 16 behandlinger
Behandlings-struktur	Forundersøgelse af 1 måneds varighed 3 behandlings-moduler á 3 mdr. Patienter udsluses løbende	Forundersøgelse af 1 måneds varighed 3 behandlings-moduler á 3 mdr. Patienter udsluses løbende	Forsamtale varer 1 time 8 behandlinger, så midtvejsmøde og herefter andre 8 behandlinger. Patienter udsluses løbende
Tilbuddets karakter	Udover udredning og behandling tilbydes socialrådgiverbistand samt socialpædagogisk indsats	Udover udredning og behandling tilbydes socialrådgiverbistand samt socialpædagogisk indsats	Udredning og behandling
Patientforløbs opbygning	Forundersøgelse og visitationsmøde lige inden behandlingsstart – efter ventetid på ca. 24-27 mdr.	Forundersøgelse og visitation lige inden behandlingsstart – efter ventetid på 11-15 mdr.	Visitation og forsamtale i begyndelsen af forløbet. Efter ventetid på 4-5 mdr. påbegyndes behandling.
Historie	Oprettet i 1987 som rehabiliteringstilbud	Oprettet 1.4.2007 som satellit til RCT Århus	Tilbudet etableredes i 2005 i sygehusregi

⁵ Det lave forbrug skyldtes, at det ikke var muligt at skaffe lokaler til flere ansatte på Horsens Sygehus, og at huslejen i 2007 var kunstigt lav, da lokalerne på sygehuset låntes. I beregningerne bruges enten forbruget eller budgettet alt efter sammenhængen.

Modersmål

Behov for tolk

☐ Ja
☐ Nej

Baggrund for henvisningen

Diagnostisk, aktuel og tidligere behandling, samt resultater

(Vedlæg relevante bilag)

Henvisningsdiagnose

Øvrige psykiatriske diagnoser

Somatisk

Tidligere og aktuel medicin, samt effekt (Vedlæg relevante bilag)

Formål med henvisning

Anamnese og aktuelt socialt (Vedlæg relevante bilag)**Samtykkeerklæring**

I forbindelse med behandling på RCT Midtjylland kan det være nødvendigt og hensigtsmæssigt at udveksle oplysninger vedr. dine sociale og behandlingsmæssige forhold. Formålet er at skabe bedst mulig sammenhæng i indsatsen. Derfor beder vi dig tage stilling til og underskrive denne erklæring. Denne tilladelse gælder for 1 år og kan til enhver tid tilbagekaldes.

Undertegnede, som er indforstået med henvisning til RCT Midtjylland, giver hermed tilladelse til, at RCT Midtjylland udveksler oplysninger med: sæt kryds.

- ☐ Egen læge/henvisende læge
- ☐ Praktiserende speciallæge
- ☐ Udlændingeservice
- ☐ Sagsbehandler(e)
- ☐ Lokalsvkiatri
- ☐ Andet _____

Cpr.nr.

Navn

Dato

Underskrift

Henviser (navn, adr, tlf, eMail)

Dato

Underskrift

Modtaget d. _____

Modersmål

Behov for tolk

☐ Ja☐ Nej

Baggrund for henvisningen

Diagnostisk, aktuel og tidligere behandling, samt resultater
(Vedlæg relevante bilag)

Henvisningsdiagnose

Øvrige psykiatriske diagnoser

Somatisk

Tidligere og aktuel medicin, samt effekt (Vedlæg relevante bilag)

Formål med henvisning

Bilag 4: ICD-10 klassifikationer

F32

Depressive episode

In typical mild, moderate, or severe depressive episodes, the patient suffers from lowering of mood, reduction of energy, and decrease in activity. Capacity for enjoyment, interest, and concentration is reduced, and marked tiredness after even minimum effort is common. Sleep is usually disturbed and appetite diminished. Self-esteem and self-confidence are almost always reduced and, even in the mild form, some ideas of guilt or worthlessness are often present. The lowered mood varies little from day to day, is unresponsive to circumstances and may be accompanied by so-called "somatic" symptoms, such as loss of interest and pleasurable feelings, waking in the morning several hours before the usual time, depression worst in the morning, marked psychomotor retardation, agitation, loss of appetite, weight loss, and loss of libido. Depending upon the number and severity of the symptoms, a depressive episode may be specified as mild, moderate or severe.

Includes: single episodes of:

- depressive reaction
- psychogenic depression
- reactive depression

Excludes: adjustment disorder ([F43.2](#))
recurrent depressive disorder ([F33.-](#))
when associated with conduct disorders in F91.- ([F92.0](#))

F32.0 Mild depressive episode

Two or three of the above symptoms are usually present. The patient is usually distressed by these but will probably be able to continue with most activities.

F32.1 Moderate depressive episode

Four or more of the above symptoms are usually present and the patient is likely to have great difficulty in continuing with ordinary activities.

F32.2 Severe depressive episode without psychotic symptoms

An episode of depression in which several of the above symptoms are marked and distressing, typically loss of self-esteem and ideas of worthlessness or guilt. Suicidal thoughts and acts are common and a number of "somatic" symptoms are usually present.

Agitated depression	} single episode without
Major depression	} psychotic symptoms
Vital depression	}

F32.3 Severe depressive episode with psychotic symptoms

An episode of depression as described in F32.2, but with the presence of hallucinations, delusions, psychomotor retardation, or stupor so severe that ordinary social activities are impossible; there may be danger to life from suicide, dehydration, or starvation. The hallucinations and delusions may or may not be mood-congruent.

Single episodes of:

- major depression with psychotic symptoms
- psychogenic depressive psychosis
- psychotic depression
- reactive depressive psychosis

F32.8 Other depressive episodes

Atypical depression

Single episodes of "masked" depression NOS

F32.9 Depressive episode, unspecified

Depression NOS

Depressive disorder NOS

F43.1 Post-traumatic stress disorder

Arises as a delayed or protracted response to a stressful event or situation (of either brief or long duration) of an exceptionally threatening or catastrophic nature, which is likely to cause pervasive distress in almost anyone. Predisposing factors, such as personality traits (e.g. compulsive, asthenic) or previous history of neurotic illness, may lower the threshold for the development of the syndrome or aggravate its course, but they are neither necessary nor sufficient to explain its occurrence. Typical features include episodes of repeated reliving of the trauma in intrusive memories ("flashbacks"), dreams or nightmares, occurring against the persisting background of a sense of "numbness" and emotional blunting, detachment from other people, unresponsiveness to surroundings, anhedonia, and avoidance of activities and situations reminiscent of the trauma. There is usually a state of autonomic hyperarousal with hypervigilance, an enhanced startle reaction, and insomnia. Anxiety and depression are commonly associated with the above symptoms and signs, and suicidal ideation is not infrequent. The onset follows the trauma with a latency period that may range from a few weeks to months. The course is fluctuating but recovery can be expected in the majority of cases. In a small proportion of cases the condition may follow a chronic course over many years, with eventual transition to an enduring personality change (F62.0).

F62.0 Enduring personality change after catastrophic experience

Enduring personality change, present for at least two years, following exposure to catastrophic stress. The stress must be so extreme that it is not necessary to consider personal vulnerability in order to explain its profound effect on the personality. The disorder is characterized by a hostile or distrustful attitude toward the world, social withdrawal, feelings of emptiness or hopelessness, a chronic feeling of "being on edge" as if constantly threatened, and estrangement. Post-traumatic stress disorder (F43.1) may precede this type of personality change.

Personality change after:

- concentration camp experiences
- disasters
- prolonged:
 - captivity with an imminent possibility of being killed
 - exposure to life-threatening situations such as being a victim of terrorism

- torture

Excludes: post-traumatic stress disorder ([F43.1](#))

Bilag 5: Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-R)

Harvard Trauma Questionnaire- Revised (HTQ-R)

Dansk version

Center: _____
cpr: _____
Dato: _____
Behandler: _____

Klientens underskrift

Behandlerens underskrift

Vi vil gerne have lov til at stille dig nogle spørgsmål om din tidligere historie og dine nuværende symptomer. Disse oplysninger vil blive brugt til at hjælpe os til at tage vare på dig bedst muligt. Det kan være, at du vil finde nogle af spørgsmålene overvældende. Hvis det forholder sig sådan er det helt i orden at du undlader at svare på dem. Det vil på ingen måde påvirke din behandling. Svarene på spørgsmålene vil blive holdt fortrolige.

Del I: Forekomst af traumatiske hændelser

Vær venlig at anføre om du har oplevet nogle af de følgende begivenheder (sæt kryds ved JA eller NEJ):

		JA (V)	NEJ (N)
1	Mangel på et tilflugtssted		
2	Mangel på føde og vand		
3	Dårligt helbred uden adgang til lægehjælp		
4	Konfiskering eller ødelæggelse af personlig ejendom		
5	Krigs- eller krigslignende situation (f.eks. beskydning og granatangreb)		
6	Brugt som menneskeskjold		
7	Udsat for snigskyttebeskydning		
8	Tvungen evakuering under farlige forhold		
9	Slag på kroppen		
10	Voldtægt		
11	Andre former for seksuelle overgreb		
12	Knivstik og øksehug		
13	Tortur (f.eks. mens du i fangenskab forsætligt og systematisk blev påført fysisk og psykisk lidelse)		
14	Alvorlig fysisk skade der stammer fra kamp (f.eks. granatkardesk, forbrændinger, skudsår, knivstik, m.m.) eller landmine.		
15	Fængsling		
16	Tvangsarbejde (behandlet som dyr eller slave)		

17	Været udsat for at blive aftvunget eller frarøvet sine ejendele		
18	Hjernevask		
19	Tvunget til at skjule sig		
20	Kidnappet		
21	Tvungen adskillelse fra familie-medlemmer		
22	Tvunget til at finde eller begrave lig		
23	Påtvunget Isolation		
24	Tilstede mens nogen søgte efter folk eller ting i dit hjem (eller det sted, hvor du boede)		
25	Tvunget til at synge sange, du ikke ønskede at synge		
26	Nogen var tvunget til at forråde dig og udsatte dig for risiko for død eller lemlæstelse		
27	Indespærret i hjemmet på grund af fare udenfor		
28	Hindret i at begrave nogen		
29	Tvunget til at skænde eller ødelægge lig eller grave		
30	Tvunget til fysisk at skade familie eller venner		
31	Tvunget til fysisk at skade nogen som ikke er familie eller andre		
32	Tvunget til at ødelægge andres ejendom eller ejendele		
33	Tvunget til at forråde familiemedlem eller ven og dermed udsætte dem for risiko for død eller overlast		
34	Tvunget til at forråde nogen som ikke er familie eller ven og dermed udsætte dem for risiko for død eller lemlæstelse		
35	Ægtefælle myrdet eller død som følge af vold		
36	Søn eller datter myrdet eller død som følge af vold		
37	Andet familiemedlem eller ven myrdet eller død som følge af vold		
38	Forsvinden eller kidnapning af ægtefælle		
39	Forsvinden eller kidnapning af søn eller datter		
40	Forsvinden eller kidnapning af et andet familiemedlem eller ven		

41	Alvorlig fysisk skade på familiemedlem eller ven på grund af krig, krigslignende situation eller landmine		
42	Vidne til slag mod hoved eller krop		
43	Vidne til tortur		
44	Vidne til drab eller mord		
45	Vidne til voldtægt eller andre seksuelle overgreb		
46	Andre situationer, som var meget skræmmende for dig eller hvor du følte at dit liv var i fare. Beskriv:		

Del II: Personlig beskrivelse

Angiv venligst hvad du betragter som de mest ubehagelige og voldsomme hændelser, du har været ude for. Angiv hvor og hvornår disse hændelser fandt sted.

Hvad er de værste hændelser, du har været udsat for i Danmark under og efter asylperioden? Angiv hvor og hvornår disse hændelser fandt sted?

Del III: Hjerneskade

Hvis du svarer "JA" til følgende traumebegivenheder, angiv da venligst om du mistede bevidstheden og i givet fald hvor længe.

		Oplevet		Hvis ja: Mistet bevidstheden?		Hvis ja: Hvor længe	
		Ja	Nej	Ja	Nej	Timer	Minutter
1	Slået i hovedet						
2	Kvælning eller strangulering						
3	Nær druknet						
4	Hovedskader fra nærliggende eksplosion						
5	Andre former for hovedskader						
6	Sult						
6a) Hvis ja: Normal vægt: _____ Hvis ja: Vægt under sult: _____							
6b) Hvis ja: Var du tæt på at dø på grund af sult? Ja: _____ Nej: _____							

Del IV: Traumatiske symptomer

Beskriv med egne ord, hvad der for tiden generer dig mest,

psykisk: _____

fysisk: _____

i relation til andre mennesker: _____

De følgende spørgsmål drejer sig om symptomer, som folk kan have efter at have oplevet ubehagelige eller voldsomme begivenheder. Vi vil bede dig afgøre nøje, i hvilken grad du har været plaget af symptomerne inden for den seneste uge.

		Slet ikke 1	Lidt 2	En del 3	I meget høj grad 4
1.	Tilbagevendende tanker eller erindringer om de mest ubehagelige og voldsomme begivenheder				
2.	Føler som om du oplever begivenhederne igen				
3.	Tilbagevendende mareridt				
4.	Føler dig afsondret eller tilbagetrukket fra andre mennesker				
5.	Ude af stand til at mærke følelser				
6.	Farer du let sammen eller bliver forskrækket				
7.	Har svært ved at koncentrere dig				
8.	Har søvnbesvær				
9.	Føler at du er på vagt				

10.	Føler dig irriteret eller har vredesudbrud				
11.	Undgår aktiviteter, der minder dig om de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
12.	Ude af stand til at huske dele af de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
13.	Formindsket interesse i dagligdags aktiviteter				
14.	Føler som om du ikke har nogen fremtid				
15.	Undgår tanker og følelser, der er forbundet med de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
16.	Pludselige følelsesmæssige eller kropslige reaktioner, når du bliver mindet om de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
17.	Føler at du ikke kan det samme som før				
18.	Har svært ved at klare nye situationer				
19.	Føler dig udmattet				
20.	Smerter i kroppen				
21.	Generet af fysiske problemer				
22.	Dårlig hukommelse				
23.	Fundet ud af eller fået fortalt af andre, at du har gjort ting, du ikke kan huske				
24.	Svært ved at fastholde opmærksomheden				
25.	Føler det som om du er splittet i to personer, hvor den ene betragter, hvad den anden gør				

26.	Vanskeligheder med at udføre et stykke arbejde eller daglige gøremål				
27.	Bebrejder dig selv for ting der er sket				
28.	Føler dig skyldig over at have overlevet				
29.	Føler håbløshed				
30.	Føler skam over de ubehagelige og voldsomme ting, der er hændt dig				
31.	Føler at andre mennesker ikke forstår, hvad du har været igennem				
32.	Føler at andre er fjendtlige overfor dig				
33.	Føler at du ikke har nogen du kan stole på				
34.	Føler at nogen, du har støt på, har forrådt dig				
35.	Føler dig ydmyget af det der er sket				
36.	Føler ingen tillid til andre				
37.	Føler dig afmægtig i forhold til at hjælpe andre				
38.	Bruger tid på at tænke på, hvorfor disse ting skete for dig				
39.	Føler at du er den eneste, som har været udsat for disse begivenheder				
40.	Føler et behov for hævn				

Scoring af del IV – Traume symptomer

1. Summen af besvarede spørgsmål (= N).
2. Tildel følgende tal for hver besvaret spørgsmål:

1 = Slet ikke

2 = Lidt

3 = En del

4 = I meget høj grad

3. Læg scoringerne af sammen og divider med antallet af svarede spørgsmål

DSM-IV PTSD score = $\frac{\text{Spørgsmål 1-16}}{16}$ →

Funktions score = $\frac{\text{Spørgsmål 17-40}}{24}$ →

Total score: = $\frac{\text{Spørgsmål 1-40}}{40}$ →

Personer med DSM-IV PTSD scoringer og/eller total scoring > 2,5 betragtes som symptomatisk for PTSD.

Se manualen for yderligere information.

Udviklet af: Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard School of Public Health, Harvard Medical School; Merhamet Medical Group of Rijeka; Ruke of Zagreb; Department of Psychiatry, University of Sarajevo

Dansk oversættelse: CEPAR, RCF og OASIS.

©Harvard Program in Refugee Trauma 1998

Bilag 6: GAF

GAF – Global Assessment of Function – Delt version.

- oversættelse fra norsk, Ullevål Sykehus, Klinik for Psykiatri, januar 1998,

Baggrund og scoringsvejledning.

GAF og dens historiske baggrund.

Global funktionsmåling (GAF) er en enkel og hurtig metode til at angive en persons psykosociale funktionsniveau. GAF er en kontinuerlig skala, som går fra 1-100, hvor 1 er det lavest tænkelige funktionsniveau, og 100 er det højest tænkelige.

GAF-scoren angives som: GAF = x, hvor x er et tal mellem 1 og 100.

I psykiatrien har der været tradition for global funktionsmåling siden begyndelsen af 1960'erne. HSRS (Health-Sickness Rating Scale) og GAS (Global Assessment Scale) er forløbere til GAF, som blev indført i diagnosesystemet DSM-III-R (1987) med en skala fra 1 til 90. Nuværende udgave af GAF (DSM-IV) har en skala fra 1 til 100, scoringsværdierne er i øvrigt identiske, da intervallet 90-100 blot er en overbygning på den oprindelige skala.

Delt GAF.

Den oprindelige GAF-skala er en fælles skala for symptomer og funktion, således at det ikke af scoringsværdien fremgår, om der er forskel mellem patientens symptomniveau og funktionsniveau. I den delte GAF-skala er disse to områder splittet op, således at det er muligt separat at score patientens symptombelastning S-GAF og patientens funktionsniveau F-GAF.

Hvilken tidsperiode skal scoringen vedrøre?

Den oprindelige GAF-manual indeholder ikke angivelse af, hvilken tidsperiode man skal vurdere. Det almindeligste er at angive funktionsniveauet for den seneste uge op til scoringen, og hvis man bruger kortere tidsperioder, bør dette angives. GAF-scoren kan også fastsættes i forhold til andre tidsperioder, fx bedste symptomniveau eller bedste sociale funktionsniveau i løbet af det seneste år.

Scoring af laveste symptom- og funktionsniveau.

Som almen regel skal man score det laveste symptom- og funktionsniveau, som patienten opfylder. Det er hensigtsmæssigt at læse skalaen nedefra og op, standse ved første niveau, som virker relevant og vurdere vedkommende patient i forhold til dette. Et vigtigt formål med GAF er, at den kan bruges som mål for psykiatrisk/psykologisk behandlingsbehov.

Når man hæfter sig ved det laveste symptom- og funktionsniveau, patienten opfylder, er det hensigten, at dette skal være klinisk relevant. Eksempelvis ligger symptomdelens psykosegrænse på ca. 40 (en del forstyrrelser i realitetstestning, kommunikation, dømmekraft ...). Hvis der kommer psykotiske symptomer, så som vrangforestillinger eller hallucinationer, skal patienten således med stor sandsynlighed scores med en værdi under 40. Dette er dog ingen absolut regel. Der skal altid udøves et klinisk skøn og en helhedsvurdering, hvilket ligger udtrykt i formuleringen "en del". "En del" i modsætning til "lidt" eller "bagatelermæssig" indebærer, at symptomerne af patienten opleves som pinefulde og/eller har påviselige konsekvenser.

Periodiske svingninger i symptomer og socialt funktionsniveau.

Symptomer og socialt funktionsniveau er ikke konstante størrelser, men kan variere fra dag til dag. Panikanfald kan være sporadiske, angst kan variere fra dag til dag, håbløshed og selvmordstanker kan være få timer etc.

Denne variation er indbygget i en implicit tidsdimension på GAF-skalaen. Som oftest er symptomer og adfærdsforstyrrelse af mere vedvarende karakter, jo længere ned man kommer på skalaen:

Forbigående angst glider over i permanent angst, vekslende depressiv stemning glider over i permanent depression, forbigående forvirring bliver til permanent forvirring osv.

Reglen om at score laveste symptom- og funktionsniveau må derfor tage hensyn til dette.

Eksempel: hvis man den seneste uge har været så forpint af sin sygdom, at man har "ligget i sengen" hele onsdagen, men været på arbejde igen torsdag og fredag, da skal man ikke scores på GAF-niveau 21-30. Principielt kunne man ligeså godt høre hjemme på niveau 61-70. Hvis man derimod har været sengeliggende det meste af ugen, kan niveauet 21-30 overvejes.

En hypotetisk kontinuerlig skala.

I GAF-manualen angives det, at man forestiller sig en "hypotetisk kontinuerlig skala for mental sundhed/sygdom". Dette indebærer, at symptomer og socialt funktionsniveau ikke må betragtes isoleret, men må ses i lyset af en større helhed. Vurdering af selvmordsrisiko og voldsrisiko kan illustrere dette:

På skalaniveau 11-20 er det for symptomdelen (GAF-S) anført "fare for at skade sig selv eller andre". Man kan vurdere en eksplosiv psykopat som i fare for at kunne skade andre. I praksis vil man alligevel ikke score denne person på skalaniveau 11-20. Dette niveau ligger under niveau 21-30, som indebærer, at "adfærden er betydeligt påvirket af vrangforestillinger eller hallucinationer eller alvorlig forstyrrelse i kommunikation eller dømmekraft". I praksis betyder dette, at man fungerer på et psykotisk niveau. Hvis vi giver denne psykopat en GAF-S score på 15, betyder det altså, at vi anser vedkommende for utilregnelig på psykotisk grundlag. Hvis vi har at gøre med en person, som ikke opfylder dette, men som alligevel til stadighed kommer i slagsmål, drejer det sig snarere om et GAF-S niveau fra 30-50, alt afhængigt af det øvrige funktionsniveau.

Tilsvarende kan anføres ved selvmordsrisiko: på niveau 41-50 er der som eksempel anført "selvmordstanker" ("suicidal ideation"). På GAF-S niveau 21-30 er der som eksempel anført "konstante selvmordstanker" ("suicidal preoccupation"). For at skelne mellem disse niveauer må man foretage en helhedsvurdering og ikke tillægge ordet "selvmordstanker" afgørende vægt. I stedet bør patienten ud fra denne helhedsvurdering vurderes i forhold til det mellemliggende niveau "betydeligt påvirket af vrangforestillinger eller hallucinationer eller alvorlig forstyrrelse i kommunikation eller dømmekraft", således at en helhedsvurdering af patientens suicidalitet og symptomer i øvrigt, sammenholdt med dette mellemliggende niveau, afgør, hvor patienten placeres.

Vanskelige selvmordsvurderinger.

Hvordan skal man score en tidligere velfungerende 18 år gammel skoleelev, som har foretaget et alvorligt selvmordsforsøg, efter at han eller hun er blevet svigtet af sin kæreste? Igen må det understreges, at GAF er en skala for mental sundhed/sygdom.

Et selvmordsforsøg i sig selv kvalificerer til en GAF-S score under 41 ("en del forstyrrelse i realitetstestning, kommunikation, dømmekraft...").

Hvorvidt vedkommende skal scores på niveau 1-10, 11-20, 21-30 eller 31-40 afhænger af den øvrige symptomatologi. Er vedkommende psykotisk? Grænsepsykotisk? Ingen af delene, men dybt ulykkelig? Hvor alvorlig var intentionsgraden? Er patienten stadig suicidal? Er der stadig et klart dødsønske?

– Kort sagt en vurdering, som følger de almindelige regler for vurdering af selvmordsrisiko og behandlingsbehov. GAF skal udtrykke dette behandlingsbehov.

Finder man det nødvendigt at indlægge patienten på Psykiatrisk Afdeling, bør der gives en GAF-score under 31. Hvis man herudover må tage specielle forholdsregler, eksempelvis skærpet overvågning, gives en GAF-score under 21. Hvis patienten skal have fast vagt, gives en GAF-score under 11.

Indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Der er ingen snæver sammenhæng mellem GAF-score og grænsen for indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Psykiatriske afdelinger er forskellige, hvad angår tærsklen for indlæggelse, således at det bør være symptomernes sværhedsgrad og arten og graden af sygeplejehandlinger og skærpningsforanstaltninger, som er afgørende. Vurderer man, at der er behov for lukket afdeling, fast vagt, skærpet overvågning eller lign., eller er åben afdeling eller evt. ambulant kontakt tilstrækkeligt.

Betydning af sygemelding og førtidspension.

Sygemelding på grundlag af psykisk lidelse indikerer, at GAF-F niveauet er under 51. Et funktionsniveau under 41 kræver herudover et større funktionssvigt også på andre områder, eksempelvis i forhold til familie eller fritidsinteresser.

Ved vurdering af funktionsniveau ved personer, som modtager helbredsbetingset førtidspension på psykiatrisk grundlag, skal man huske på, at førtidspension for det første ikke bare er betinget af den medicinske invaliditet, og for det andet at funktionsniveauet kan have tiltaget, efter at man er bevilget førtidspension. Det kan således undtagelsesvis være relevant at score en patient med førtidspension på GAF-F niveau 61-70. Almindeligvis bør der imidlertid scores i niveauet under 61.

Man må her tage vedkommendes totale situation i betragtning. Foreligger der et godt funktionsniveau, men i en beskyttet tilværelse som førtidspensionist må man vurdere, om vedkommende ville være i stand til at arbejde. Hvis vedkommende "overhovedet ikke" er dette, bør man vurdere en GAF-F score i området ned mod 40. Hvis deltidsarbejde er en realistisk mulighed, er en GAF-F score omkring 50 realistisk.

Øvrige anbefalinger.

- Brug hele skalaen! Husk at intervallerne (1-10, 11-20, etc.) er pædagogiske hjælpemidler og ikke skal forstås som strengt adskilte kategorier. Brug derfor ligeså ofte tal som 32, 44, 47, 59 etc. som 30, 45, 50, 65 etc.
- Se bort fra symptomer og social isolation, som skyldes somatisk lidelse eller fysiske handicaps. Under begrebet "mental helse/sygdom" inkluderes dog organiske lidelser, som påvirker hjernens funktion, herunder delir, demens, psykisk udviklingshæmning etc.
- Man skal ikke lade sig påvirke af oplysninger om diagnose og medicinsk behandling. Man skal i stedet fokusere på patientens symptomer og funktionsniveau. I brugen af GAF er årsager ligegyldige. Det er således irrelevant, om det observerede symptomniveau eller sociale funktionsniveau kan tilskrives medicinsk behandling.
- Undgå undskyldende betragtninger og indviklede ræsonnementer. Man skal tilstræbe en nøgtern vurdering, der baserer sig på foreliggende data.

Symptomskalaen – GAF-S

GAF-interval 81-100

Dette område spænder fra livsglæde og velvære til lettere stressoplevelser.

GAF niveau 91-100:

Personer på dette niveau fremviser eller oplever ingen symptomer. Niveauet er karakteriseret ved glæde, kreativitet, livslyst og psykisk velbefindende.

GAF niveau 81-90:

Her indplaceres personer, som har det godt, og dersom der forekommer symptomer, er disse helt minimale. Humøret er stabilt og godt, men personerne kan opleve lettere stressoplevelser, så som mild eksamensangst, anspændthed i forbindelse med jobsamtale eller lign.

GAF-interval 61-80

Dette område spænder fra moderate stressreaktioner til lettere og afgrænsede symptomer.

GAF niveau 71-80:

Her fungerer man gennemsnitligt, men har en tendens til at lade sig gå på og at være stresset. Hverdagslivets bekymringer kan give sig udslag i humørsvingninger, anspændthed, forbigående irritabilitet og lign.

GAF-niveau 61-70:

På dette niveau begynder der at optræde lettere symptomer i psykiatrisk forstand, som eksempelvis lettere nedstemthed og moderate søvnproblemer. Der kunne herudover være tale om lettere angst, utilfredshed med tilværelsen, tendens til frustration og lign.

På dette niveau opleves almindelige bekymringer som belastende, men den subjektive uro, angst eller nedstemthed, som dette giver anledning til, vil af andre fortsat blive opfattet som normale reaktioner på stress og belastning.

GAF-interval 41-60

Dette område karakteriseres af klare psykiatriske symptomer.

Symptomernes styrke vil her i tiltagende grad give anledning til lidelse og bekymring for personen.

De fleste, som kender ham, vil opleve ham/hende som behandlingskrævende.

Der er dog kun undtagelsesvis tale om psykotiske symptomer.

GAF niveau 51-60:

På dette niveau finder vi patienter med moderate symptomer i form af sporadiske anfald af panikangst, social angst og mild depression. Eksempler på dette kunne være:

- En patient med kronisk skizofreni, som er i stabil antipsykotisk behandling. Han fremtræder følelsesmæssigt afladet, er ængstelig og urolig, men klarer sig godt i hensyntagende og overskuelig beskæftigelse. Han fremviser ikke psykotiske symptomer.
- En lidt sky og tilbagetrukket forsker, som undgår sociale sammenhænge som eksempelvis frokost i kantinen. Den sociale angst er en permanent bekymring for ham, og han har forsøgt flere kortvarige terapiformer.

- Yngre, ugift sekretær, som har en moderat bulimi, som hun dog klarer at skjule for sine kolleger, men ikke for familie og venner.

GAF niveau 41-50:

Her finder vi mere alvorlig symptomatologi, som de fleste behandlere vil opfatte som behandlingskrævende. Eksempler:

- En alvorlig deprimeret mand, som akkurat klarer at passe sit arbejde, og som søger behandling, fordi han skræmmes af sine selvmordstanker.
- Kvinde, som har været indlagt på grund af alvorlig depression med depressive vrangforestillinger. Hun er nu dagpatient og har det betydeligt bedre end under indlæggelsen. Hendes vrangforestillinger er forsvundet, men hun er stadig initiativløs, har koncentrationsproblemer og kan uden særlig grund opleve håbløshedsfølelse.
- Kvinde i klar følelsesmæssig ubalance. Hun opfatter de fleste råd og vejledninger som kritik, bliver vred og til tider rasende, når hun ikke får sin vilje. Hun omtaler andres modgang og svagheder på en fjendtlig og krænkende måde. Hun føler sig ofte trist og ulykkelig og føler, at alt mislykkes for hende.

GAF interval 21-40

I dette område er symptomerne så alvorlige, at de i tiltagende grad er udtryk for forstyrret realitetstestning og større svigt i dømmekraft, tankevirksomhed eller stemningsleje.

Alle som indenfor den seneste uge har foretaget selvmordsforsøg, scores under 41.

GAF niveau 31-40:

Selvom psykosegrænsen på GAF-S er ca. 40, rummer dette interval også meget alvorlige personlighedsforstyrrelser, alvorlige depressive lidelser, misbrug, angstlidelser og lign. Eksempler:

- Mand i livskrise, som er indlagt på medicinsk afdeling efter et alvorligt selvmordsforsøg med medicin og alkohol. Han blev fundet bevidstløs i sengen af sin kone, da hun kom hjem fra arbejde. Han er stadig nedstemt og håbløshedsfølelse, men indser at selvmord er en dårlig løsning for alle parter. Han overvejer at lade sig indlægge på psykiatrisk afdeling.
- Stille og socialt tilbagetrukket, ung mand. Han beskriver hyppige oplevelser af at befinde sig udenfor sin egen krop, ualmindelige sanseoplevelser og mulig kontakt med overnaturlige væsner. Han passer ikke mere sin skolegang, han har ingen venner, og han bruger det meste af sin tid på religiøse gruberier.
- En person i manisk tilstand, præget af eufori, nedsat søvnbehov, hyperaktivitet og ukritisk talestrøm. Han er dog uden større forstyrrelser i adfærden, således at man forsøger at behandle ham ambulant.

GAF niveau 21-30:

I dette interval finder vi psykotiske forstyrrelser i adfærd og/eller alvorlig suicidalitet af en sådan form, at udenforstående, inkl. behandlingssystemet, føler det nødvendigt at gribe ind. Eksempler:

- Yngre mand, som går rundt på banegårde og tiltaler fremmede. Han springer fra det ene tema til det andet, associerer abstrakt og sammenhængende og henvender sig til stadighed til nye forbipasserende. Han virker meget påfaldende, men harmløs.
- Alvorligt deprimeret mand, som forlader sit hjem og søger asyl i kirken. Han mener, at hans familie er død, og at de, som bor i hjemmet, er svindlere, der har forklædt sig som familiedlemmer.

GAF-interval 1-20

Den psykiske lidelse er nu så alvorlig, at der foreligger overhængende fare for eget eller andres liv eller helbred.

GAF niveau 11-20:

I dette interval er patienten åbenbart utilregnelig. Beskyttende foranstaltninger er nødvendige, men ikke konstant overvågning. Eksempler:

- Kvinde, der flere gange tidligere har forsøgt at begå selvmord, tager en kniv og begynder at skære sig i håndleddene. Da datteren forsøger at stoppe hende, stikker hun efter datteren med kniven. Der tilkaldes vagtlæge, som beroliger hende og overtaler hende til indlæggelse på psykiatrisk afdeling.
- En forvirret person, som raserer sin lejlighed og kaster inventaret ud igennem vinduet. Han lader sig af politiet overtale til at følge med til psykiatrisk afdeling.
- En forkommen kvinde, som bringes til psykiatrisk skadestue af politiet, der har fundet hende gående målløst rundt i et stærkt trafikeret område. Hun taler usammenhængende og mumler noget om, at hun har ret til at gå, hvor Gud vil, at hun skal gå.

GAF niveau 1-10:

I dette niveau findes de mest alvorlige psykopatologiske tilstande. Her er symptomer og dømmekraft af en sådan art, at patienten har brug for konstant overvågning og beskyttelse for ikke at volde skade på sig selv eller andre. Eksempler:

- En deprimeret patient bringes i bevidstløs tilstand til skadestuen efter at have taget en overdosis. Hun indlægges på psykiatrisk afdeling, hvor hun 3 dage senere forsøger at hænge sig på badeværelset, men afbrydes i sit forehavende. I de efterfølgende dage forsøger hun til stadighed at skære sig i håndleddene med spidse genstande.
- En manisk patient, voldsomt motorisk urolig, taler og råber højt og usammenhængende, kaster sig mod væggen og angriber alle, som kommer i nærheden. Vagthavende læge finder det nødvendigt, at han fikseres i bælte.
- Dødsensangst, urolig og hallucineret mand med delirium, som har brug for skærmning med fast vagt.
- Potentielt voldelig patient, som er underlagt strenge sikkerhedsforanstaltninger, herunder konstant tilsyn.

Funktionsskalaen – GAF-F

GAF-interval 81-100

Her finder vi personer, som skiller sig ud fra det gennemsnitlige ved at have en række usædvanlige kvaliteter. De fungerer optimalt, både i forhold til arbejde, sociale aktiviteter, fritidsaktiviteter og i mellemmenneskelige forhold.

GAF niveau 91-100:

Optimal funktion indenfor et bredt spektrum af aktiviteter.

GAF niveau 81-90:

I dette interval finder vi personer, som fungerer godt på alle områder, men hvor dagligdags problemer og bekymringer i korte perioder kan dæmpe deres glæde, energi og engagement. Eksempel:

- Aktiv, social og omgængelig kvinde, som forud for et vigtigt møde i forbindelse med sit arbejde melder afbud til en jubilæumsfest. Hendes arbejde er for tiden så krævende, at hun ikke er i humør til at feste.

GAF interval 61-80

Dette område spænder fra et for de fleste mennesker almindeligt og gennemsnitligt funktionsniveau til forbigående og situationsbetinget lettere nedsat funktionsevne, som ikke virker påfaldende for andre.

GAF niveau 71-80:

I dette interval findes personer, som udover arbejde og familie kan være engagerede i mange aktiviteter, og som har venner og interesser. Alligevel vil de i travle eller stressede perioder kunne være bagud med opgaver på arbejde eller plages af mellemmenneskelige konflikter. Eksempler:

- En aktiv, ung mand, som bliver skiftevis vred og modløs, efter at han har fået at vide, at han er blandt de, som må opsiges pga. nedskæringer på arbejdspladsen. Han møder stadig på arbejde, men arbejder langsommere end før.
- En succesfuld selvstændig erhvervsdrivende, som efter at have modtaget tilbud om fusion med et større firma bliver rastløs, selvtvilet og mindre opmærksom overfor sin familie og deres behov. Når konen påpeger dette, finder han hende "krævende".

GAF niveau 61-70:

I dette interval begynder der at optræde mere tydelige problemer med social, erhvervsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion. Eksempler:

- Gift kvinde med 2 små børn. Fungerer rimeligt på arbejde, men har højere sygefravær end de fleste andre. Hun føler sig ofte træt. Hun har et par veninder, men snakker ikke med disse om sine bekymringer. Hun har som oftest rollen som den, der lytter og forstår andre. Hun er lidt utilfreds med sin tilværelse.
- Pensionist som kommer fast på det lokale dagcenter. Han opleves som krævende og lidt hjælpeløs. Han melder sig aldrig til frivillige opgaver, men taler derimod gerne om sine fysiske problemer og søvnproblemer.

GAF-interval 41-60

I dette niveau aftager funktionsevnen, således at det bliver påfaldende og får konsekvenser for andre. I dette område findes mange patienter, som efter overstået psykisk sygdom endnu ikke har genvundet det oprindelige funktionsniveau.

GAF niveau 51-60:

I dette interval er der tydelige, men trods alt moderate, problemer i forbindelse med social funktion. Eksempler:

- Mand, som er udskrevet efter behandling for psykotisk sygdom. Han klarer nu akkurat sit arbejde som lagerarbejder. Han bor alene. Han har nogle få venner, men tager sjældent kontakt til disse.
- Studerende, som har vanskeligt ved at finde sig til rette på universitetet. Han føler sig ensom og fremmedgjort. Han har svært ved at lære medstudenter at kende, og han er bagud med studierne.

GAF niveau 41-50:

I dette interval klarer patienten ikke at opfylde de krav, som arbejde og uddannelse i almindelighed stiller. Eksempler:

- Lærer med alkoholproblemer. Han er hyppigt sygemeldt og har konstante konflikter i forhold til familie.
- Ængstelig og undvigende mand. Han er isoleret, han har ingen venner. Han har kun løs tilknytning til arbejdsmarkedet og er ofte sygemeldt.
- Mand, der modtager førtidspension pga. alvorlig personlighedsforstyrrelse, men som ind imellem påtager sig løsarbejde.

GAF-interval 21-40

I dette område er personen ikke længere i stand til at arbejde, og adfærden bliver i tiltagende grad præget af alvorlig psykisk lidelse.

GAF niveau 31-40:

I dette interval er der større funktionssvigt indenfor flere områder, men ikke alvorlig adfærdsforstyrrelse.

Eksempler:

- Stofmisbruger på arbejdsprøvning, der ofte udebliver uden rimelig grund. Han har ingen kontakt med sin familie.
- Teenager, der er droppet ud af skolen og stukket af hjemmefra. Han strejfer omkring i hovedstaden uden fast bopæl.
- 60-årig mand med kronisk skizofrenilidelse, som stort set ikke kommer udenfor sin lejlighed. Hjemmehjælper og hjemmesygeplejen sørger for medicin, indkøb og rengøring. Han er ikke til gene for sine naboer.

GAF niveau 21-30:

Udover manglende funktionsevne på næsten alle områder findes der nu i tillæg adfærdsforstyrrelse.

Eksempler:

- Ældre mand, der bor på forsorgshjem. Han tilbringer meget af sin tid på busstoppesteder, hvor han kommenterer folks udseende og påklædning. Han virker af og til vred, men opleves ikke som truende.
- Enlig mand, der modtager førtidspension. Han har ingen venner eller omgangskreds. Alle vinduer i hans lejlighed er tildækkede med tæpper og papir. Han har kun kontakt med hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske, som sørger for mad og medicin.

GAF-interval 1-20

Adfærdsforstyrrelse og funktionssvigt er nu så omfattende, at vedkommende står i fare for at lide overlast eller for at kunne skade sig selv eller andre.

GAF niveau 11-20:

I dette interval findes personer, som har behov for overvågning og beskyttelse for at kunne klare sig. Eksempler:

- Senil dement kvinde på plejehjem. Hun har behov for hjælp og pleje, men ikke for konstant overvågning.
- Mand med psykisk udviklingshæmning i sværere grad. Han bor i egen lejlighed, men har brug for støtte hele døgnet. Han kan dog være alene få timer ad gangen.

- Kvinde, som er langtidsindlagt på psykiatrisk afdeling. Hun har kun udgang med følge, da hun ikke kan orientere sig, og således ikke ellers kan finde tilbage til afdelingen.

GAF niveau 1-10:

I dette interval findes personer, som har behov for konstant overvågning og beskyttelse, da de ikke er i stand til at varetage de mest primære funktioner. Eksempler:

- Stuporøs patient, som ligger tilstivnet uden at kunne spise eller drikke.
- Psykotisk, forvirret og opkørt patient, hvor regulering af døgnrytme, væskeindtag og lign. er ude af funktion.

Oversat v. Kim Balsløv, overlæge

Bilag 7: HoNOS

Tabeller

Tabel 1

HoNOS scoringstal

Nr.	Problem	Score		
1	Udadrettet aggression	0 - 4		ADFERD
2	Selvmondsadfærd	0 - 4		
3	Misbrug	0 - 4		
4	Kognitive problemer	0 - 4		ORGANIK
5	Fysisk/sygdom	0 - 4		
6	Hallucinationer/ vrangforestillinger	0 - 4		PSYKO- PATOLOGI
7	Depression	0 - 4		
8	Andre psykopatologiske symptomer	0 - 4		SOCIALE PROBLEMER
9	Sociale relationer	0 - 4		
10	ADL	0 - 4		
11	Levevilkår	0 - 4		
12	Beskæftigelse	0 - 4		

0 = intet problem

1 = let problem

2 = moderat problem

3 = markant problem

4 = meget alvorligt problem

HoNOS

Health of the Nation Outcome Scales
(Resultatskalaer for folkesundheden)

Den oprindelige engelske udgave:

HoNOS 1997

Forfattere: John Wing, Roy Curtis, Anne Beevor

Royal College of Psychiatrists Research Unit, 11 Grosvenor Crescent,
London SW1X 7EE, England

Bestilling og finansiering: Det britiske Sundhedsministerium