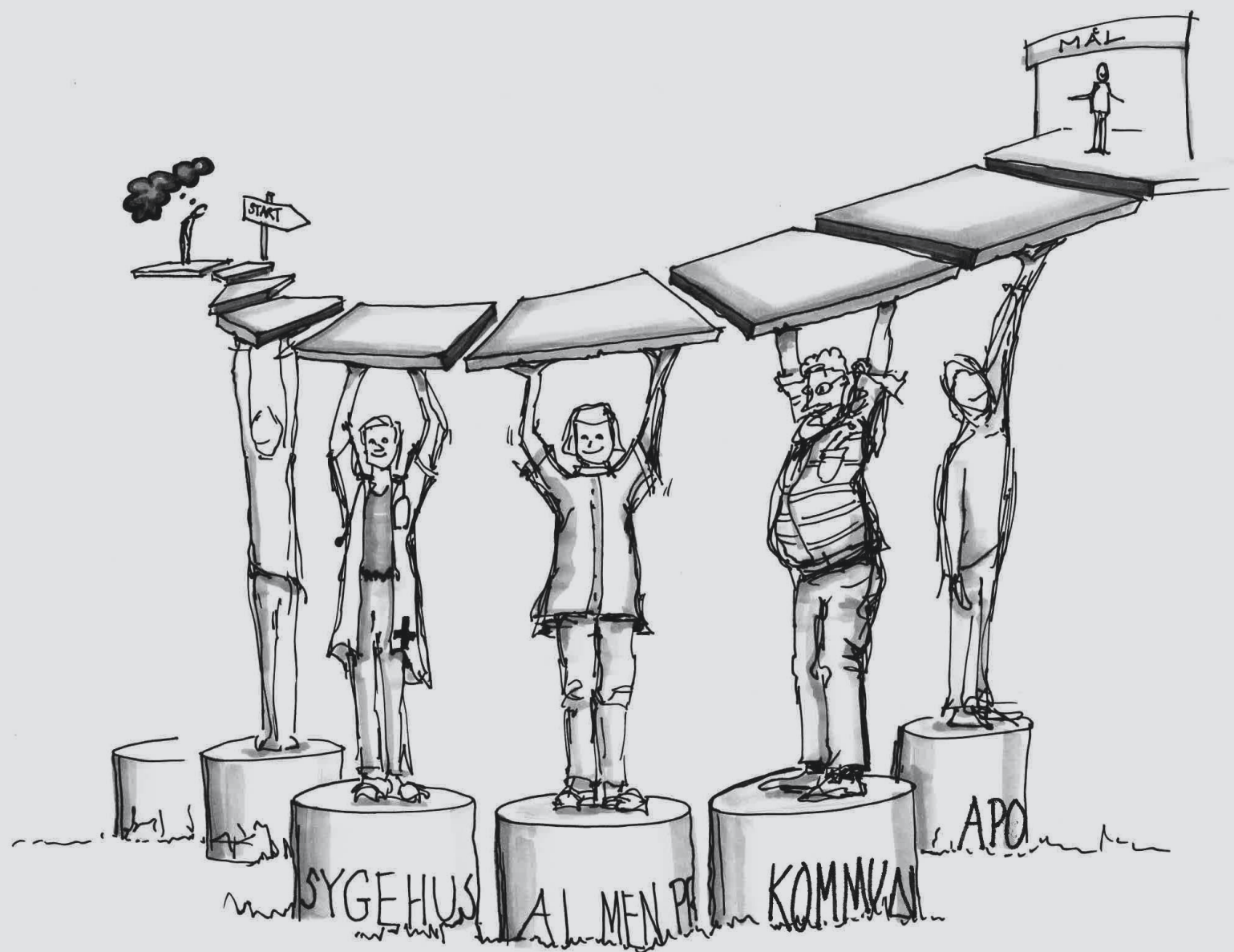




2025

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med depression – samarbejde og kommunikation



Region Syddanmark
og de 22 kommuner

Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med depression
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2020

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget
den 8. december 2020 og træder i kraft herefter.

Emneord

Depression, forløbsprogram, tidlig opsporing, udredning,
behandling, løbende koordinering, rehabilitering.

Version 2.0

Juni 2025

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-67-7

Forord

Depression er en af de almindeligste psykiske sygdomme. Depression er en alvorlig sygdom, der kan udvikles i forskellige grader. Mennesker med depression kan have et variabelt sygdomsforløb og risikoen for tilbagefald er til stede. Det nedsætter livskvaliteten og kan forringe funktionsevnen betragtelig. Patienter med depression har forskellige behov, derfor er det den individuelle situation og sygdomsbilledet, som er udgangspunktet, når deres forløb tilrettelægges. Hvis et sådan forløb skal være af høj kvalitet, er der brug for en stærk sammenhæng mellem forløbets enkelte led.

Dette forløbsprogram skal bidrage til at skabe denne sammenhæng ved at tydeliggøre ansvar og roller for de fagprofessionelle på tværs af kommuner, sygehuse og almen praksis.

Forløbsprogrammet er bygget op omkring de situationer, hvor mennesker med depression er i kontakt med sundhedsvæsenet og skal kunne bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for udarbejdelse af instrukser mv. i den enkelte sektor
- Et værktøj til planlægning af indsatser, både i den enkelte sektor og på tværs af sektorer.

Mennesker med depression har en unik viden om deres eget sygdoms- og behandlingsforløb, da de kender deres egne behov og præferencer. Derfor er det vigtigt, at vi inddrager dem i planlægningen af forløbet. Vi skal lytte til dem og gøre brug af deres viden og ressourcer, når vi udvikler vores sundhedsvæsen.

Det har vi gjort i udviklingen af dette forløbsprogram for depression.

Forløbsprogrammet er blevet til på baggrund af en proces, hvor mennesker med depression og fagprofessionelle fra kommuner, sygehuse og almen praksis har drøftet deres oplevelser og erfaringer med det syddanske sundhedsvæsen. I fællesskab er de kommet med anbefalinger og løsninger til, hvordan vi kan skabe mere sammenhængende forløb.

Et eksempel herpå er funktionen "en koordinerende kontaktperson". En koordinerende kontaktperson tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder. Opgaven er løbende at have kontakt til parterne omkring den depressionsramte samt at facilitere og formidle den fælles plan.

En anden vigtig konsekvens af det nye forløbsprogram for mennesker med depression er, at kommunerne kommer til at spille en større rolle. Kommunerne tilrettelægger rehabiliteringstilbud til mennesker med depression i let og moderat grad. Formålet er at styrke egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. Målet er, at genoptræning og rehabilitering på denne måde bliver lettere tilgængelige for mennesker med let til moderat depression, og at flere deltager i tilbuddene med det formål at fremme bedst mulig recovery hos den enkelte borger samt at forebygge tilbagefald af depression.

Vi både håber og forventer, at det nye forløbsprogram vil være en væsentlig del af grundlaget for indsatsen for mennesker med depression. Hvad enten den foregår i Psykiatrien i Region Syddanmark, i kommunerne eller hos de praktiserende læger.

Bo Libergren

Formand for Sundhedskoordinationsudvalget

Henning Ravn

Næstformand for Sundhedskoordinationsudvalget

Indholdsfortegnelse

	Forord	3
1	Introduktion	6
	Baggrund for forløbsprogrammerne	6
	Baggrunden for et forløbsprogram for mennesker med depression	7
	Formål med forløbsprogrammet	7
	Målgruppen for forløbsprogrammet	8
	Forløbsprogrammets anvendelse	8
	Udarbejdelse af forløbsprogrammet	8
	Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet	8
	Komorbiditet, multisygdom og parallelle indsatser	9
	Begrebsafklaring af Det Dobbelte KRAM, rehabilitering og recovery	10
	Inddragelse af patienter og pårørende	10
2	Sammenfatning	12
3	Den borgerrettede forebyggelse	13
	Rammer	14
	Forebyggende tilbud	14
4	Tidlig opsporing hos risikogrupper	15
	Oversigt over aktører i den tidlige opsporing og anbefalede handlinger	15
	Risikogrupper	16
5	Stratificering	19
	Stratificering	19
6	Udredning og diagnosticering	23
	Almen praksis – henvisning og visitation	23
	Region – henvisning og visitation	24
	Andre aktører	24
7	Behandling og opfølgning	25
	Almen praksis	25
	Region	25
	Afslutning af behandling efter indlæggelse/ambulant behandling	26
	Borgerens kontakt til apoteket	26

Indholdsfortegnelse

8	Løbende koordinering	27
	Kommunen – henvisning og visitation	27
	Region – henvisning og visitation	27
	Samarbejde og koordination i praksis	27
	En koordinerende kontaktperson	28
9	Arbejdsmarkedsindsats	30
	Før depressionen	30
	Under depressionen	30
	Efter depressionen	32
10	Genoptræning	33
	Hvordan vurderes, om der er et behov?	33
	Model for sondring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer	34
	Særligt om genoptræning i kommunerne	34
11	Rehabilitering i kommunerne	38
	Påbegyndelse og afslutning af rehabiliteringstilbud i kommunerne	38
	Sygdomsmestring	42
	Fysisk træning	43
	Ernæringsindsatser i kommunen	44
	Nikotinafvænning i kommunen	44
	Forebyggende samtale om alkohol i kommunen og alkohol behandling	45

1 | Introduktion

Baggrund for forløbsprogrammerne

Siden de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket over de seneste år.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertekarsygdomme i Syddanmark vedtaget. Sammen med forløbsprogrammer for mennesker med KOL, type 2-diabetes, og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for mennesker med kroniske sygdomme. Den 17. juni 2015 besluttede Det Administrative Kontaktforum at revidere de eksisterende forløbsprogrammer samt at udarbejde forløbsprogrammer for mennesker med depression og mennesker med leddegigt.

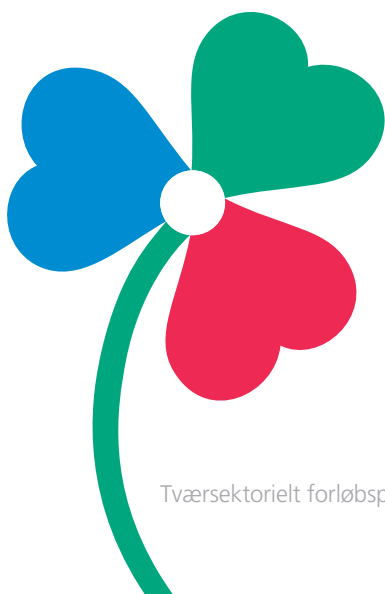
Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med kroniske sygdomme har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom, anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, en generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser og National Klinisk Retningslinje for unipolar depression. Nærværende forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Derudover er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorerne og kommunikation i sektor-overgangene, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

I sundhedsaftalen 2019-2023 er der fokus på, at der arbejdes rehabiliterende i mødet med borgeren og med afsæt i borgerens ressourcer, behov og ansvar for egen sundhed. Borgere og pårørende skal være en medskabende og ligeværdig part i planlægning, beslutninger og målsætninger for egen sundhed og behandling. Alle parter har noget at bidrage med – og kan have berettigede forventninger til hinanden.

Med sundhedsaftalen for 2024-2027 bygges der videre på den positive, tværsektorielle udvikling, der er skabt i Syddanmark i forhold til borgere med kronisk sygdom. I denne sundhedsaftaleperiode styrkes samarbejdet om tidlig opsporing af sygdom og igangsættelse af koordineret behandling, pleje og opfølgning, så færre får brug for akutte (gen)indlæggelser.

Det er intentionen, at forløbsprogrammet er et fælles fundament for det tværsektorielle arbejde for voksne med depression. I sundhedsaftalen er der også et mål om, at andelen af borgere med psykisk sygdom, som har tilknytning til arbejdsmarkedet, øges. Sårbare borgere mulighed for at opnå eller bevare tilknytning til arbejdsmarkedet skal styrkes. Ud fra evidensbaserede indsatser støttes borgeren i at mestre eget liv og vende tilbage i beskæftigelse efter længere tids sygefravær. Derfor er det også et fokusområde for dette forløbsprogram, at der er en gruppe af borgere med depression, der er sårbare og har brug for tværsektoriel støtte til at kunne vende tilbage i beskæftigelse.



Baggrunden for et forløbsprogram for mennesker med depression

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har placeret depression på en fjerdeplads over de ti sygdomme i verden, som giver anledning til det største tab af livskvalitet og leveår¹.

Depression er en tilbagevendende sygdom med risiko for kronisk handicap. Depressioner udviser et variabelt sygdomsforløb og omkring 20% udvikler kronisk depression (ibid). Har man først haft en depressiv episode, er der 60% risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80%. Depression kan medføre kronisk handicap, dels pga. persistente depressive symptomer (residualsymptomer), dels pga. kognitive forstyrrelser.

Depression er en livstruende tilstand. Undersøgelser af selvmordsofre tyder på, at man ved omkring 60% retrospektivt kan stilles en depressionsdiagnose. Generelt gælder det, at depressioner er hyppige, alvorlige og en ofte tilbagevendende psykisk sygdom, der medfører store lidelser for den enkelte og store samfundsmæssige omkostninger.

Depression er underdiagnosticeret og underbehandlet. Som anført i "Referenceprogram for unipolar depression hos voksne" er behandlingen af depression mangelfuld, idet mange patienter ikke søger læge, og kun halvdelen af dem, der søger læge, får stillet den korrekte diagnose. Af dem, der får stillet den korrekte diagnose, vil under halvdelen modtage medicinsk behandling i tilstrækkelige doser med tilstrækkelig varighed.

Forskning viser, at mennesker med psykiske lidelser også underdiagnosticeres og underbehandles for deres fysiske sygdomme. Dette på trods af, at mennesker med psykiske lidelser har et større behov for somatiske sundhedsydelser grundet højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og risici ved den medicinske behandling.

Borgere med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra fagpersoner. Undersøgelser viser dog, at personlige holdninger samt manglende kompetencer hos fagpersoner er en væsentlig barriere for at ændre sundhedsadfærd².

Formål med forløbsprogrammet

Nærværende forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehusene og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejdet med mennesker med depression. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af mennesker med depression og deres pårørende.

Programmet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse, uafhængigt af forløbsprogrammet, ligesom alle aktører selv sagt følger gældende lovgivning på de enkelte områder.

Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for mennesker med depression i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i patienternes forløb
- Inddragelse af patienterne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen.

KLIK PÅ DE BLÅ HYPERLINKS



1) Sundhedsstyrelsen (2007) – [Referenceprogram for unipolar depression hos voksne](#).

2) Sundhedsstyrelsen (2018) – [Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser](#).

Målgruppen for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere over 18 år, som har eller er i risiko for at udvikle unipolar depression af let, moderat eller svær grad. I dette forløbsprogram anvendes den brede betegnelse "patienter med depression". Hvor der er særskilte retningslinjer mv. for hhv. let, moderat eller svær depression, angives dette.

Patienter med depression har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det den individuelle situation og sygdomsbilledet, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Forløbsprogrammet gælder i de 20 syddanske kommuner, der har godkendt programmet, for de praktiserende læger i regionen, psykiatri-sygehuset og de fire somatiske sygehusenheder. Der er to kommuner, Svendborg og Faaborg-Midtfyn, der ikke er en del af forløbsprogrammet.

Forløbsprogrammet henvender sig til de fagprofessionelle og ledere i kommunerne, i almen praksis, på sygehuse og apotekere, der i deres arbejde er i kontakt med patienter, som har eller er i risiko for at udvikle en depression. Forløbsprogrammet gælder både fagprofessionelle, der har patienter med depression som primær målgruppe, og fagprofessionelle, der mere sporadisk møder patienter med depression.

Fagprofessionelle kan derfor være medarbejdere fra sundhedsområdet, arbejdsmarkedsområdet, uddannelsesområdet og socialområdet.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for patienter med depression. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor patienter med depression er i kontakt med sundhedsvæsenet. Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

Forløbsprogrammet kan både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke retningslinjer mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for patienter med depression

Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom de allerede godkendte forløbsprogrammer for mennesker med KOL, diabetes og hjertesygdom, blevet til i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der afviklet en workshop, hvor patienter, pårørende og fagprofessionelle fra sygehuse, almen praksis og kommuner har været i tæt dialog om deres oplevelser af og holdninger til håndteringen og behandling af mennesker med depression.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på samarbejde mellem fagprofessionelle og patienter/pårørende samt systematisk inddragelse af patienter/pårørende i eget forløb.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

Implementeringsansvaret ligger hos den enkelte sundhedsklynge i Syddanmark.

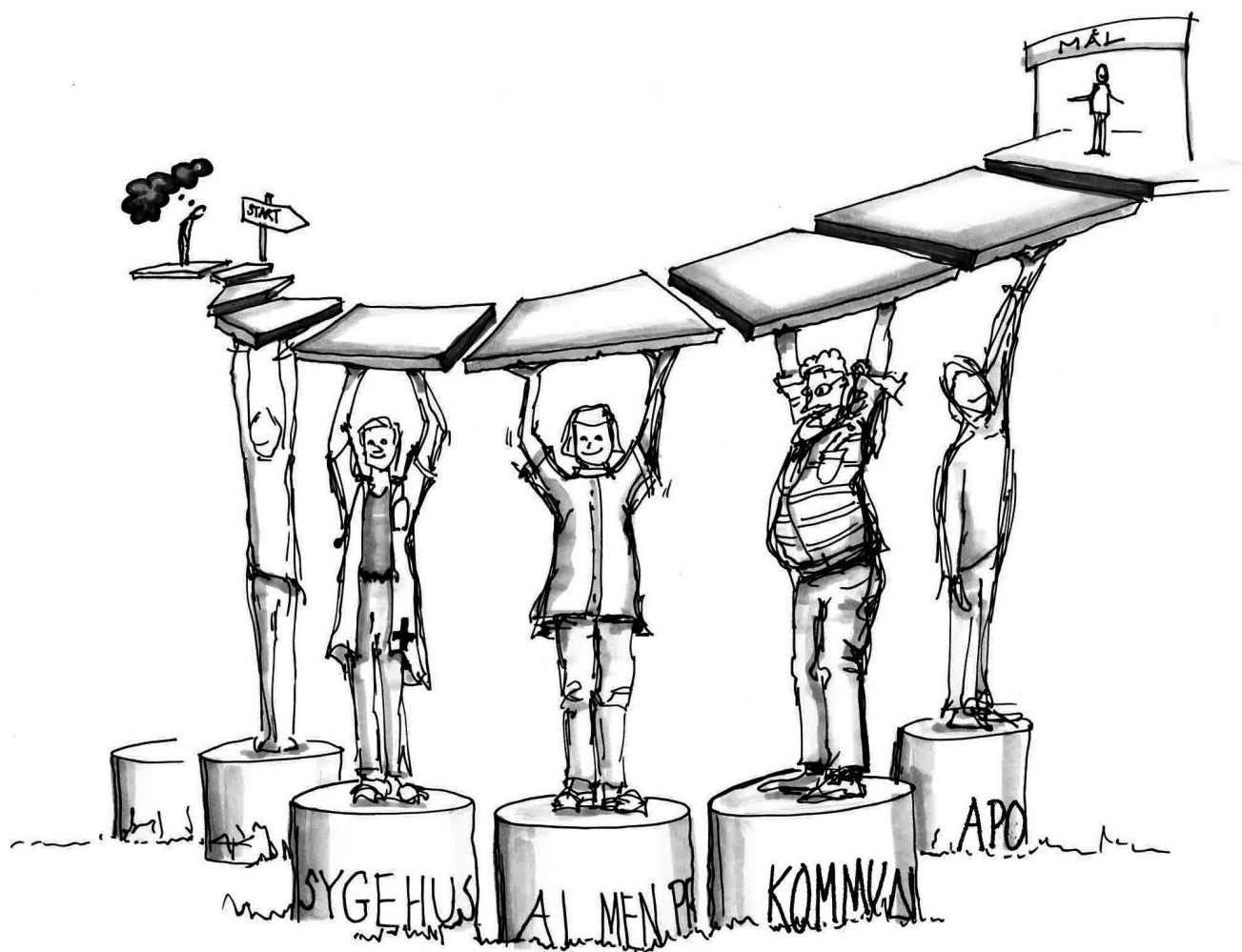
Ansvar for at monitorere og kvalitetssikre de specifikke indsatser ligger hos de enkelte sektorer og/eller den enkelte sundhedsklynge.

Forløbsprogrammet er forankret i Strategisk Sundhedsstyregruppe under arbejdsgruppen for Nye rammer for Kronisk syge³.

Forløbsprogrammet opdateres efter behov på baggrund af henvendelser til arbejdsgruppen jf. model for revidering af fælles tværsektorielle aftaler⁴.

3) Samarbejdsaftaler, tovholderfunktioner og arbejdsgrupper.

4) Model for revidering af fælles tværsektorielle aftaler.



Komorbiditet, multisygdom og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. 15-20% af konsultationerne i almen praksis omhandler psykiatriske lidelser med somatiske problemstillinger. Patienter med mental-fysisk multisygdom har ofte komplicerede behandlingsforløb, der vanskeliggøres af polyfarmaci og mange, til tider modstridende, behandlingsvejledninger for de forskellige sygdomme. Depression optræder ofte komorbidt med andre psykiske lidelser f.eks. angst og misbrug. De praktiserende læger har en central rolle som samlende part for patienten, som har flere diagnoser.

Forløbsprogrammet har fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse – ved behov – skal igangsætte indsatser parallelt i forbindelse med behandling, rehabilitering og særlig støtte for mennesker med depression.

Begrebsafklaring af Det Dobbelte KRAM, rehabilitering og recovery

Forkortelsen KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion, som repræsenterer vigtige faktorer for sundhedsfremme og forebyggelse. I det dobbelte KRAM tilføjes en ekstra dimension i form af et dynamisk, helhedsorienteret, tværvideenskabeligt og tværfagligt arbejdsgrundlag for såvel mental sundhed som helbred og trivsel.

Det Dobbelte KRAM beskriver forudsætninger for at kunne tackle modstand og belastninger i livet ved at kunne (gen)skabe mening og sammenhæng i hverdagen, fx efter alvorlig sygdom eller ulykke. Det handler om at have Kompetencer til at håndtere sygdom og udfordringer, gode Relationer til venner og familie, at kunne Acceptere tingenes tilstand omkring det, man umuligt kan gøre noget ved eller ændre – samt at have udviklet hensigtsmæssige og virksomme Mestringsstrategier⁵.

Det dobbelte KRAM giver en række pejlemærker til den borgerrettede forebyggelse.

I dette forløbsprogram behandles borgerrettet forebyggelse, tidlig opsporing og rehabilitering i særskilte kapitler.

Borgerrettet forebyggelse ses som et bredt felt med fokus på mental sundhed som forebyggelse af fx mistrivsel, stress, angst og depression.

Afsnittet om tidlig opsporing fokuserer på afgrænsede risikogrupper, mens afsnittet om rehabilitering fokuserer på rehabilitering af borgere, der er diagnosticeret med depression.

Recoverybegrebet er helt centralt, når man taler om rehabilitering ved psykisk sygdom, og et menneske med en psykisk sygdom betragtes ikke længere som en passiv modtager af den rehabiliterende indsats, men som en aktiv deltager.

Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem begreberne rehabilitering og recovery. Rehabilitering er den indsats, professionelle kan tilbyde for at understøtte den enkeltes individuelle recoveryproces. Recovery er således den enkeltes helt unikke proces, der ikke på samme måde som rehabilitering kan gøres til genstand for en strukturering. Fagpersonernes rolle er således først og fremmest at understøtte den enkelte i "at komme sig"⁶.

Inddragelse af patienter og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at patienter og pårørende inddrages aktivt under hele forløbet. Information og vejledning om forhold, der angår diagnose, symptomer, prognose og årsager, er central, ligesom oplysning om behandlings- og støttemuligheder. Dialog og vidensdeling kan styrke samarbejdet om behandling samt fremme sygdomserkendelse og accept.

Patientinddragelse

Patientens indsigt og medvirken er essentiel for en vellykket behandling og rehabilitering samt en ligeværdig relation mellem fagpersoner og patienter. Patientinddragelse på individuelt niveau sker gennem vidensdeling mellem patient og fagprofessionel, så den enkelte patients præferencer, behov og kendskab til egen situation bliver afdækket.

Gennem inddragelsen kan patienten bidrage til planlægningen af og beslutninger om sit videre forløb samt handle aktivt i forhold til håndteringen af egen sygdom⁷. Inddragelse i eget forløb er derigennem med til at øge kvaliteten i indsatsen for patienten med depression.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til patientens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at f.eks. medicin tages korrekt, behandlingsanvisninger overholdes, og at patienten kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

5) Thyboe, Peter (2016) – Det dobbelte Kram- tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel.

6) Socialstyrelsen (2020) – Vidensportal på det sociale område, [Recovery](#).

7) Danske Patienter (2019) – [Definition af brugerinddragelse](#).

Undersøgelser på tværs af sygdomme dokumenterer således, at patienter, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre, dvs. øget compliance^{8,9}

Inddragelse af pårørende

Depression kan være forbundet med en øget følelsesmæssig belastning for de pårørende. Desuden kan social isolation og mangelfuld støtte fra patientens netværk i sig selv være med til at vedligeholde eller forværre depression. Den ansvarshavende fagprofessionelle, herunder også praktiserende læge, har ansvaret for at inddrage nærmeste pårørende i det omfang, det er forligeligt med patientens ønsker. Denne inddragelse kan være en væsentlig ressource for patienten i hverdagen, i forbindelse med forebyggelse og under behandlingen.

De pårørende kan være en værdifuld samarbejdspartner, der øger den enkeltes muligheder for at komme sig. Ved første kontakt til den fagprofessionelle kan de pårørende ofte yde et væsentligt bidrag til forståelsen af patientens habituelle tilstand, herunder også tidligere og aktuelle funktionsniveau.

Ifald der er børn under 18 år i nær relation til en patient med depression, skal der ved behov orienteres om relevante tilbud og støtteforanstaltninger.

Patienter og pårørende ser indsatserne fra et andet perspektiv end de fagprofessionelle, og gennem systematisk inddragelse kan de derfor være med til at udvikle forløb, som er både værdifulde og effektive. Set i lyset af de positive gevinster ved inddragelse, bør patienter med depression og deres pårørende – så vidt det er muligt – være med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag der tilbydes.

Fagprofessionelle og patienter har ikke nødvendigvis den samme oplevelse af, hvad der er vigtigt at tale om i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. For patienten og de pårørende kan det være svært at modtage og reagere på information, hvis patienten ikke oplever, at det er det vigtigste, der bliver talt om.



8) Coulter A (2012) Patient Engagement – What Works? The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89

9) Stacey D et al (2014) – Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

2 | Sammenfatning

I det følgende opsummeres de centrale pointer og anbefalinger i det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med depression.

Forløbsprogrammet omhandler både den borgerrettede forebyggelse og tidlige opsporing af borgere med depression og det tværsektorielle forløb, der følger efter en udredning og diagnosticering af patienter med depression. Forløbsprogrammets anbefalinger er udelukkende udviklet for den del af forløbsprogrammet, der omhandler patienter, der er diagnosticeret med depression.

Borgerrettet forebyggelse ses som et bredt felt med fokus på mental sundhed som forebyggelse af fx mistrivsel, stress, angst og depression. For den borgerrettede forebyggelses vedkommende henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed.

I forhold til den tidlige opsporing er der fokus på risikogrupper. Forløbsprogrammet peger på, at fagprofessionelle der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn. Den fagprofessionelle henviser/opfordrer borgeren til udredning i almen praksis ved mistanke om depression.

Derudover henviser forløbsprogrammet til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker for kommunernes forebyggelsesarbejde, hvor der blandt andet er faglige anbefalinger om, at sundhedsplejersker tilbyder screening for fødselsdepression hos gravide og nybagte forældre. Som en del af det syddanske hjerteforløbsprogram skal kommunale sundhedstilbud og sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse screene for angst og depression hos borgere med hjertesygdom.

For den del af forløbsprogrammet der handler om forløbet efter patienten er diagnosticeret med depression, er der formuleret to nye indsatser, det er:

- 1) "Den koordinerende kontaktperson".** Målgruppen er patienter, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder. Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have en løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan. Den individuelle plan indeholder fælles mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfyldelse mv. Der afholdes som minimum ét fælles møde, hvor planen udarbejdes. Møder derefter aftales efter behov fx hvis det er nødvendigt at justere i planen. Funktionen som koordinerende kontaktperson bør som udgangspunkt placeres enten i lokalpsykiatrien eller i det relevante kommunale område.
- 2) Patienter med let eller moderat depression kan tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale områder.** I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre. Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, ryge- og nikotinstop, fysisk træning samt en ernæringsindsats. Tilbuddene til mennesker med depression kan også være relevante for andre målgrupper.

3 | Den borgerrettede forebyggelse

Depression kan udløses af forskellige forhold, fx skilsmisse, overgreb, økonomiske problemer, tab af arbejdsevne. Disse forhold kan ligeledes bidrage til depressionens sygdomsproces.

Foruden de udløsende faktorer og den almene mentale sundhed bør den fagprofessionelle være opmærksom på en række vedligeholdende faktorer; Disse kan have karakter af somatisk sygdom, psykisk sygdom eller være af psykologisk karakter f.eks. interpersonelle konflikter, uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre ¹⁰.

Borgere med langvarig dårlig mental sundhed har en højere risiko for udvikling af sygdom – herunder depression. Der findes en lang række faktorer, der påvirker den mentale sundhed.

De beskyttende faktorer og risikofaktorer forandrer sig gennem livet. De rammer og betingelser, der påvirker den mentale sundhed, fordeler sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder.

Faktorer, der påvirker den mentale sundhed ¹¹		
	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse Gode evner til at håndtere stress og udfordringer Self-efficacy (tro på egen formåen) Følelse af mening og sammenhæng i hverdagslivet Følelse af socialt tilhørsforhold og evne til at etablere relationer God fysisk sundhed	Dårligt selvwurderet helbred Forringet fysisk helbred Ensomhed Langvarige smerter eller langvarig sygdom, fx kræft, diabetes eller hjerte-kar-sygdom Risikoadfærd, fx alkohol og stofmisbrug, dårlig søvn, rygning Pårørende til syge og svækkede
Socialt niveau	Tilhørsforhold til omgivelser Støttende sociale relationer Deltagelse i positive fællesskaber Social anseelse Positive erfaringer med uddannelse og arbejdsliv	Manglende omsorg Svage sociale tilhørsforhold/ensomhed Langvarige stressbelastninger, fx i nære relationer og familie Mobning, diskrimination og andre krænkende belastninger
Strukturelt niveau	Trygge omgivelser Gode boligforhold Økonomisk sikkerhed Et støttende og trygt uddannelses- og arbejdsmiljø Mulighed for beskæftigelse Adgang til sociale støttefunktioner	Lav socioøkonomisk status Fattigdom Sygefravær og arbejdsløshed Psykisk og fysisk belastende arbejdsmiljø Lav social anseelse, der er påvirket af at bo i socialt belastet boligområde

Uddrag af skema, Sundhedsstyrelsen (2018)

10) Depressionsdatabase (2014) – [Dokumentalistrapporten](#).

11) Sundhedsstyrelsen (2018) – [Forebyggelsespakke Mental sundhed](#).

Derfor bør indsatser til at fremme borgernes mentale sundhed og ligeledes forebygge dårlig mental sundhed involvere flere områder. Kommunens opdaterede oversigt over tilbud ses på www.sundhed.dk.

Rammer

Offentlige arbejdspladser

Det anbefales, at offentlige arbejdspladser tager aktivt del i udarbejdelse og gennemførelse af politikker med fokus på fremme af trivsel og forebyggelse af dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Fokus bør være på styrkelsen af de beskyttende faktorer, der fremmer trivslen på arbejdspladsen, som fx et støttende og trygt arbejdsmiljø. Disse målrettes hhv. medarbejdere og brugere/beboere med fokus på at fastholde medarbejdere og give mulighed for en skånsom og fleksibel tilbagevenden til arbejdet efter fx sygemelding.

Uddannelsesinstitutioner

Det anbefales, at alle uddannelsesinstitutioner sikrer et uddannelsesmiljø, hvor alle elever udvikler sig fagligt og alsidigt og trives i uddannelsens faglige og sociale fællesskaber. Flere uddannelsesinstitutioner arbejder med fastholdelsesmedarbejdere og psykologordninger for unge i uddannelse.

Forebyggende tilbud

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed anbefales:

Netværk for ældre

Det anbefales, at kommunen understøtter forenings- og fællesskabsaktiviteter med fokus på samvær og etablering af netværk for ældre. Der kan her være en særlig opmærksomhed på at sikre rekruttering blandt ældre borgere med risiko for ensomhed og isolation, fx efter dødsfald. Der kan ligeledes være fokus på at invitere seniorer til deltagelse i foreningsaktiviteter, så de kan opbygge og fastholde et netværk i forbindelse med, at de træder tilbage fra arbejdsmarkedet.

Sårbare og socialt udsatte borgere

Kommunen etablerer opsøgende indsatser til støtte og fremme af mental sundhed hos sårbare og socialt udsatte borgere, som oftere har psykiske sygdomme og livsstilssygdomme. For sårbare og socialt udsatte, der ikke er brugere af sociale tilbud, er det nødvendigt med en opsøgende, tværfaglig indsats, som fungerer på de sårbare og socialt udsatte borgers præmisser (fx teams med gade- eller socialsygeplejersker samt ordninger med støtte- og kontaktpersoner).

Borgere med kronisk sygdom

Kommunen tilbyder indsatser til borgere med kronisk sygdom jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. Heriblandt tilbydes sygdomsmestring, hvor det er et krav at mental sundhed indgår som element.

Sygemeldte borgere med stress

Kommunen tilbyder sygemeldte borgere med stress hjælp til stresshåndtering og mestringsstrategier.

Brug af naturen som arena

Naturen kan bruges som arena for det mentalt sundhedsfremmende arbejde, fx ved indsatser i naturen med fokus på involverende deltagelse og etablering af sociale relationer og fællesskaber mellem borgere. Mental sundhed kan også være et fokuspunkt i byplanlægningen, så parker og byrum planlægges og udvikles med henblik på let adgang til indbydende natur og grønne områder og med særlig fokus på udsatte områder¹².

Åben Rådgivning

Udover anbefalingerne i Forebyggelsespakkerne fra Sundhedsstyrelsen findes en række åbne rådgivningsmuligheder, alle kan benytte. Disse kan være organiseret i offentlig såvel som frivilligt regi.

Der findes fx "Åben Rådgivning" ved PsykInfo i Region Syddanmark, Headspace, Psykiatrifonden, Sind og Depressionsforeningens Depressionslinje.

12) Sundhedsstyrelsen (2018) – [Forebyggelsespakke Mental sundhed](#).

4 | Tidlig opsporing hos risikogrupper

Som tidligere beskrevet er der en større gruppe af borgere med depression, som ikke bliver diagnosticeret og dermed heller ikke behandlet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at op imod halvdelen af alle patienter med symptomer svarende til en depressiv lidelse, ikke erkendes som sådan ved konsultation af egen læge; bl.a. fordi de præsenterer sig med fysiske symptomer.

Flere studier og guidelines har ikke fundet tilfredsstillende effekt af en systematisk opsporing af depression hos befolkningen som helhed¹³.

Forløbsprogrammet peger derfor på, at fagprofessionelle, der møder borgere med risiko for at udvikle depression, har en opmærksomhed på depressionstegn (se nærmere i kap. 6 om udredning og diagnosticering). Den fagprofessionelle henviser borgeren til udredning i almen praksis ved mistanke om depression.

Oversigt over aktører i den tidlige opsporing og anbefalede handlinger		
Tidlig opsporing	Aktører	Anbefalede handlinger
Aktører, der bør have opmærksomhed på symptomer hos risikogrupper	• Almen praksis	
	• Pårørende • Sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse • Praktiserende psykolog • Kommunale sundhedstilbud • Misbrugscenter • Bosteder • Jordemødre • Sundhedsplejersker • Hjemmepleje/Sygepleje • Jobcenter • Arbejdsgiver • Uddannelsesinstitutioner	• Opfordre til udredning i almen praksis • Hjælp med kontakt/fremmøde hos almen praksis • Forebyggelse hos risikogrupper
Aktører der varetager screening	• Almen praksis	• Screening af borgere med mistanke om depression
	• Jordemødre og sundhedsplejersker	• Screening for depression hos gravide og nybagte forældre
	• Kommunale sundhedstilbud og Sundhedsfagligt personale på somatiske sygehuse	• Screening for angst og depression hos borgere med hjertesygdom

13) Sundhedsstyrelsen (2016) – [National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression](#).

Risikogrupper

Tidligere depression

Patienter med tidligere depression har en øget risiko for at udvikle (nye) depressive episoder. Har man først haft en depressiv episode, er der 60% risiko for at udvikle en ny episode. Efter to episoder stiger risikoen for at udvikle en tredje depression til 80% ¹⁴.

Fagpersoner i kontakt med patienter med tidligere depression bør være særligt opmærksomme på depressive symptomer, dog anbefales det ikke at gennemføre systematisk screening ¹⁵.

Kronisk sygdom og multisygdom

Depression optræder ofte komorbidi med andre lidelser, både somatisk og psykisk sygdom. Tilstedeværelsen af depression komplicerer behandlingen af disse tilstande og forværrer prognosen (ibid).

Risikoen for at udvikle depression, hvis man lider af en kronisk sygdom, er øget med en faktor 2-3 i forhold til individer uden kronisk sygdom. Jo flere kroniske sygdomme, des større er risikoen for komorbid depression.

Særlige risikogrupper er mennesker med:

- Hjertesygdom
- Apopleksi
- Kroniske smertetilstande
- Diabetes
- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Cancer
- Angst
- Misbrug

Flygtninge og indvandrere

Flygtninge har en højere forekomst af depression, posttraumatisk belastningsreaktion, post-traumatic stress disorder (PTSD) og anden psykiatrisk komorbiditet.

Forekomsten af depression hos indvandrere er relateret til graden af integration, socioøkonomisk status og kulturel tilpasning i det nye land. Oplevelser i hjemlandet og årsagen til migrationen er også af afgørende betydning for udvikling af depression hos indvandrere ¹⁶.

Ældre og depression

Depression er hyppigere hos ældre, og ved depression i alderdommen er der en risiko for, at depressionen bliver overset, fordi den tilskrives somatisk sygdom eller tab. Sammenlignet med den øvrige befolkning er forekomsten af svær depression dobbelt så høj i aldersgruppen 70-85 år.

Ældre med depression er sjældent kun triste eller nedtrykte. Ofte klager de over fx træthed, ængstelighed, irritabilitet eller manglende lyst til at leve ¹⁷.

Alkoholafhængighed

Jf. Sundhedsstyrelsens publikation om Alkohol og Helbred ¹⁸, er alkoholbetingede sygdomme en risikofaktor for depression og går ofte forud for den depressive lidelse. Jo større forbrug, jo større risiko. Hvis alkoholforbruget ophører, sker der en forbedring af den depressive lidelse. Der er en lineær sammenhæng mellem alkoholforbrug og symptomer på depression og angst med stigende forekomst af symptomer i forbindelse med større forbrug. En række undersøgelser har samstemmende vist, at folk med depression og nedsat stemningsleje har øget risiko for alkoholafhængighed – og omvendt.

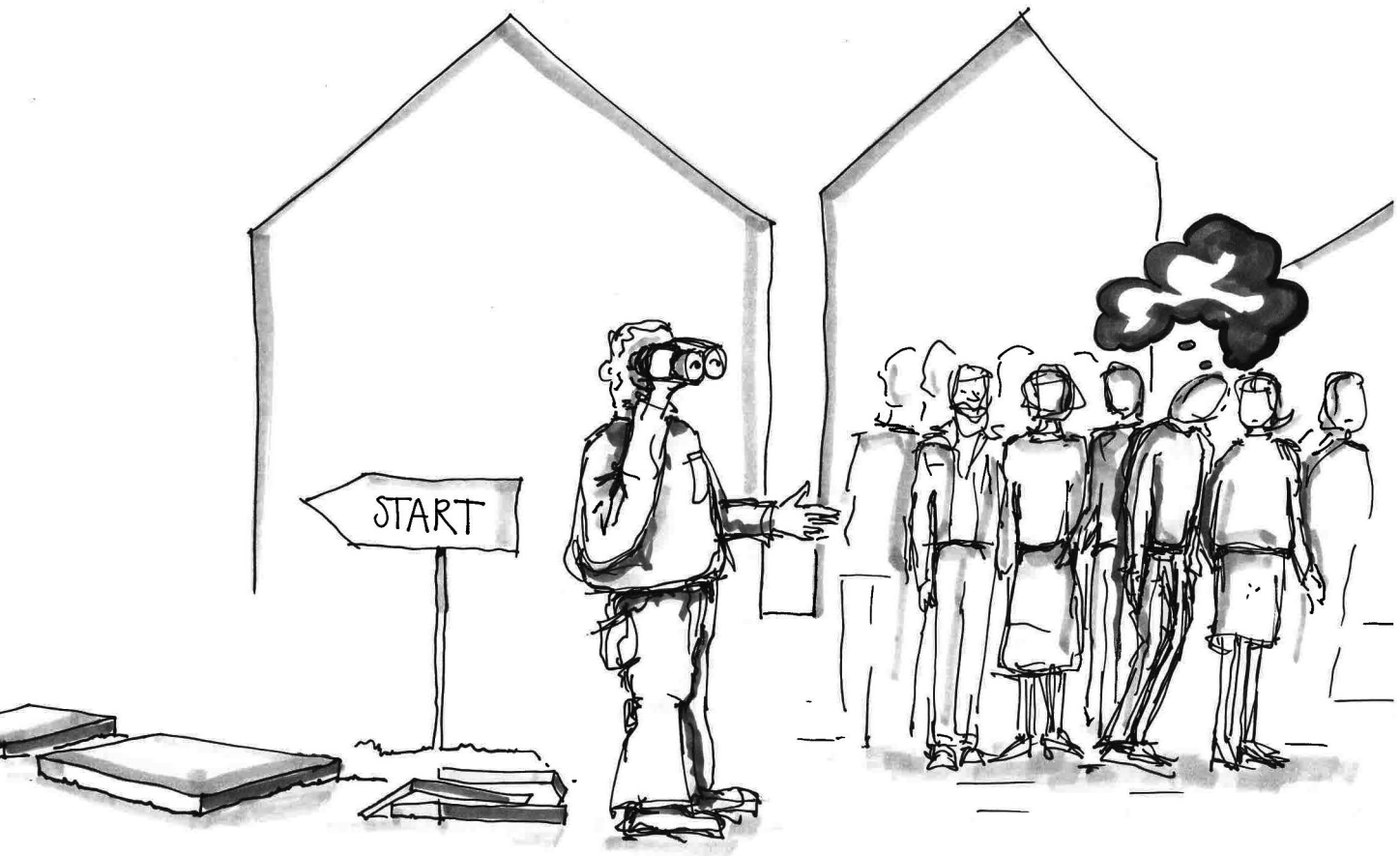
14) Depressionsdatabase (2014) – [Dokumentalistrapporten](#).

15) Sundhedsstyrelsen (2016) – [National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression](#).

16) Sundhedsstyrelsen (2007) – [Referenceprogram for unipolar depression hos voksne](#).

17) Sundhed.dk (2018) – [Depression hos ældre, Lægehåndbogen](#).

18) Sundhedsstyrelsen (2008) – [Alkohol og Helbred](#).



Risiko for dobbeltdiagnoser

Mennesker, der er afhængige af alkohol, udviser to til tre gange større risiko for depressions-sygdomme.

I Sundhedsstyrelsens rapport "Alkohol og helbred" henvises der til en amerikansk undersøgelse, der har vist, at 12% af personer med depression var afhængige af alkohol. Omvendt havde 28% af alkoholafhængige personer en svær depressiv lidelse.

Alkoholmisbrug og depression forstærker hinanden. Selvom depression kan gå forud for et meget stort alkoholforbrug eller -misbrug, er der betydelig gensidig påvirkning, hvor et stort forbrug af alkohol også kan gå forud for den depressive lidelse. Der er adskillige plausible biologiske mekanismer, der indebærer, at afhængighed af alkohol kan forårsage depressive lidelser.

Mange depressive syndromer forbedres markant inden for dage eller uger med afholdenhed. Se nærmere om forebyggende samtale om alkohol og alkoholbehandling under kapitel 11.

Graviditet og fødsel

Forekomsten af depression i graviditeten angives til mellem 7 og 12% og er formentlig hyppigere i 2. og 3. trimester. Forekomsten af depression i barselsperioden angives i litteraturen til mellem 5 og 20%. Kvinder, der tidligere har haft en depression, har 40-50% risiko for at opleve recidiv i forbindelse med en graviditet, hvis de ikke modtager forebyggende anti-depressiv behandling¹⁹.

I "Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge" fra 2011 er der beskrevet, at sundhedspersonalet skal være opmærksomt på tegn på angst og fødselsdepression hos både kommende og nye forældre.

19) Sundhedsstyrelsen (2007) – [Referenceprogram for unipolar depression hos voksne](#).

Med henblik på tidlig opsporing anbefales det rutinemæssigt at spørge til forældrenes psykiske velbefindende et par måneder efter fødslen, enten gennem nogle få strukturerede spørgsmål eller ved brug af en screeningstest. Erfaringsmæssigt viser halvdelen af fødselsdepressionerne sig senere end tre måneder efter fødslen, hvorfor der gennem kontakterne i barnets første leveår skal være opmærksomhed på tegn på psykiske problemer.

Af vejledningen fremgår det endvidere, at: "ved mistanke om psykotiske episoder og/eller depression hos enten mor eller far henviser sundhedsplejersken altid til den praktiserende læge. Den praktiserende læge vurderer herefter behov for psykiatrisk vurdering og behandling. Sundhedsplejersken yder ekstra besøg til familien i henhold til de lokalt udarbejdede anbefalinger herom og i samarbejde med den praktiserende læge/psykiater og evt. psykiatrisk afdeling".

Nyere national forskning viser, at det er muligt at opspore fødselsdepression hos både mænd og kvinder allerede under graviditeten ved at screene tre måneder før fødslen²⁰.

Det er også vist, at både mænd og kvinder tager imod psykologbehandling hurtigt efter screening, når de henvises hertil på baggrund af en screeningsscore, der viser risiko for fødselsdepression.

Hermed er der opstået en stor og endnu uudnyttet mulighed for at forbygge alvorlige problemer for familier og for børn ved at rykke screeningen frem fra de 6-8 uger efter fødslen til 4 måneder før fødslen. Dermed kan problemet identificeres og hjælpen sættes ind omkring 6 måneder tidligere, end det har været almindelig praksis.

Ledige borgere

For ledige borgere kan sundhedstilstanden udgøre en selvstændig risikofaktor i forhold til at opnå en fast tilknytning til arbejdsmarkedet. Omvendt udgør ledighed og længden af borgernes ledighedsperiode også en risiko i forhold til udvikling eller forværring af psykiske og fysiske lidelser, som kan udfordre tilknytningen til arbejdsmarkedet yderligere. Faktorer som økonomisk usikkerhed, systemkrav i forhold til rådighedsforpligtelsen og mangel på sociale relationer kan således udgøre en risiko for udvikling af bl.a. alkoholafhængighed eller psykiske lidelser som stress og depression.

Jobcentrene skal derfor have opmærksomhed på borgere med symptomer på depression. Ved mistanke om depression opfordres borgeren til at gå til praktiserende læge for udredning.

I Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakker er der udarbejdet faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde for gravide, som forløbsprogrammet anbefaler at følge:
[Side 26 i Sundhedsstyrelsen / Forebyggelsespakker / Mental-sundhed](#)

20) Madsen, S.Aa., Bibow, B. & Eliasson, S. Almen praksis kan opdage fødselsdepression allerede under graviditet. Månedsskrift for almen praksis, 2018.

5 | Stratificering

Stratificering

En central del af dette forløbsprogram er at tydeliggøre stratificeringen, dvs. fastlæggelsen af hvilke patienter, der skal behandles på hvilke niveauer. Stratificeringen skal skabe grundlag for en graderet indsats, som er tilpasset patienternes behov, så f.eks. patienter med et specialiseret behov også mødes med en specialiseret indsats. Stratificeringen skal dermed også bidrage til at afklare, hvilke aktører og indsatser, der er relevante i bestemte situationer. Pårørendes behov for evt. indsatser er derimod ikke inddraget i modellen.

Overordnet er målet, at behandlingen altid skal tilbydes på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Det betyder, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke på et højere specialiseringsniveau end hvad der er behandlingsmæssigt og omkostningsmæssigt nødvendigt.

Kernesymptomerne på depression jf. ICD-10:

- Nedtrykthed (depressivt stemningsleje)
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget træthed

Ledsagesymptomer ved depression jf. ICD 10:

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbefejdelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Agitation eller hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- eller vægtændring²¹

Patienter med stress, udbændthed, belastninger og tilpasningsreaktioner mv. kan også udvise de samme symptomer, men de vil ikke være til stede så stabilt som hos mennesker med depression²².

Depressionens sværhedsgrad og kompleksitet er de afgørende stratificeringsfaktorer:

- **Let depression:**
2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer
- **Moderat depression:**
2 kernesymptomer og 4 ledsagesymptomer
- **Svær depression:**
3 kernesymptomer og 5 ledsagesymptomer

Herudover kan depression opdeles tidsmæssigt i depressiv enkeltepisode, tilbagevendende/periodisk forløb og kronisk forløb. Andre faktorer kan påvirke graden af kompleksitet og dermed den tilpassede indsats. Der kan være tale om både komplicerende og styrkende faktorer.

Komplicerende faktorer er:

- Markant nedsat kognitivt funktionsniveau
- Multisygdom og polyfarmaci
- Samtidig (svær) somatisk sygdom
- Samtidig anden psykisk lidelse/sygdom
- Markant nedsat psykosocial funktion
- Alvorligt misbrug
- Ringe sociale kår
- Tilbagevendende eller kronisk depression
- Udprægede selvmordstanker
- Manglende behandlingsrespons

Styrkende faktorer er:

- God egenomsorgsevne og/eller compliance
- Støtte fra pårørende og netværk

21) Sundhed.dk (2018) – [Lægehåndbogen](#).

22) Sundhed.dk (2018) – [Patienthåndbogen for psykisk sygdom](#).

Den samlede stratificeringsmodel fremgår af nedenstående skema. Hensigten er at skabe overblik over aktører og indsatser, der er beskrevet i hovedoverskrifter. Det konkrete patientforløb er tilrettelagt ud fra den enkelte patients behov på opstartstidspunktet.

Den enkelte patient kan høre hjemme i forskellige kategorier på forskellige tidspunkter i sit sygdomsforløb. Det bør bemærkes, at det ikke er alle aktører og indsatser ikke relevante i alle tilfælde.

Stratificeringsmodel			
Stratificerings-niveau	Faser i forløbet	Aktører	Indsats
Let depression/ ikke komplekse sygdomsforløb	Udredning	Almen Praksis	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
	Behandling og rehabilitering	Almen Praksis	Medicinsk behandling Psykoedukation Henvvisning til kommunal rehabilitering
		Privatpraktiserende psykolog	Samtaleterapi
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Internetpsykiatri
		Kommunalt sundhedsområde	Rehabiliteringsforløb
		Apotek	Medicinsamtale
	Opfølgning	Almen Praksis	Samtale
		Kommunal rehabilitering	Samtale
Moderat depression (fortsættes på næste side)	Udredning	Almen Praksis	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
		Praktiserende psykiater	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet

Stratificeringsmodel			
Stratificerings-niveau	Faser i forløbet	Aktører	Indsats
Moderat depression (fortsat)	Behandling og rehabilitering	Almen Praksis	Medicinsk behandling Psykoedukation Henvisning til kommunal rehabilitering
		Privatpraktiserende psykolog	Samtaleterapi
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant behandling i lokalpsykiatrien Koordinerende Kontaktpersonsordning i lokalpsykiatrien Internet psykiatri Behandling under indlæggelse
		Apotek	Medicinsamtale
		Kommunalt sundhedsområde	Rehabiliteringsforløb Koordinerende Kontaktpersonsordning
		Jobcenter	Arbejdsmarkedsrettede indsatser Samarbejde med arbejdsgiver, uddannelsesinstitution
		Arbejdsgiver	Fastholdelse i job
		Uddannelsesinstitution	Fastholdelse i uddannelse
		Alkohol- og misbrugsbehandling	Behandling og støttende samtaler
	Opfølgning	Almen Praksis	Samtale og medicin opfølgning
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant opfølgning i Lokal Psykiatrien
		Kommunal rehabilitering	Samtale

Stratificeringsmodel			
Stratificerings-niveau	Faser i forløbet	Aktører	Indsats
Svær depression og/eller høj kompleksitet i sygdomsforløbet	Udredning	Almen Praksis	Vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet Henvisning til Psykiatrien i Region Syddanmark
		Psykiatrien i Region Syddanmark	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
		Praktiserende psykiater	Diagnosticering og vurdering af sværhedsgrad/kompleksitet
	Behandling og rehabilitering	Psykiatrien i Region Syddanmark	Behandling under indlæggelse Koordinerende kontakt-personsordning Ambulant behandling i lokalpsykiatrien
		Privatpraktiserende psykiater	Medicinsk behandling Psykoedukation
		Apotek	Medicinsamtale
		Det specialiserende socialområde	Psykosociale indsatser
		Jobcenter	Arbejdsmarkedsrettede indsatser Samarbejde med arbejdsgiver, uddannelsesinstitution
		Arbejdsgiver	Fastholdelse i job
		Uddannelses-institution	Fastholdelse i uddannelse
		Alkohol- og misbrugsbehandling	Behandling og støttende samtaler
		Børne- og unge-forvaltning	Familiestøtte
	Opfølgning	Psykiatrien i Region Syddanmark	Ambulant opfølgning i Lokal Psykiatrien

6 | Udredning og diagnosticering

Opsporing og diagnosticering kan være vanskelig, da skift i humør er almindeligt og andre symptomer som træthed, smerter, nedsat selvtillid m.v. vil være det, der fylder og har fokus for patienten. Mange patienter henvender sig således ikke med depressive symptomer. Som depressiv opfatter man ikke nødvendigvis selv tilstanden som en sygdom, men mere som en reaktion på livets vilkår i al almindelighed.

Depression udvikles gradvis og bortforklares ofte i begyndelsen som stress, træthed, følger efter influenza eller lignende.

Almen praksis – henvisning og visitation

Almen praksis udreder patienter med tegn på depression. Patienten henvender sig med fysiske og/eller psykiske symptomer. I forbindelse med udredningen foretages også en somatisk undersøgelse.

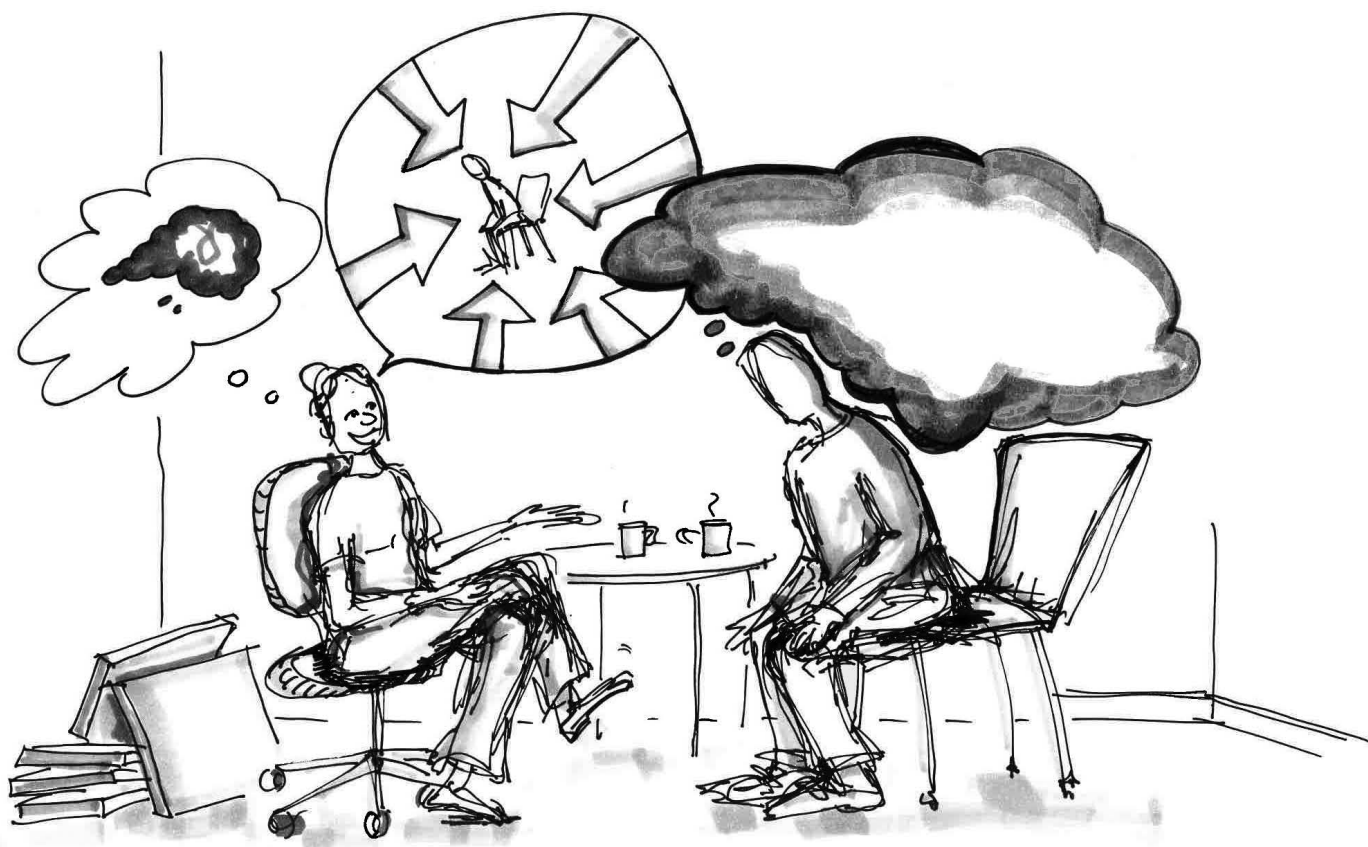
Diagnostikken bygger på et grundigt interview af patienten, hvor der spørges ind til sygehistorie og kliniske kriterier ud fra ICD-10, samt evt. brug af en skala (f.eks. MDI).

Diagnosen kræver iht. ICD-10-kriterierne:

- Mindst 2 ugers symptomer
- Mindst 2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer.

Listen over kernesymptomer og ledsagesymptomer er anført i kap. 5.

Derudover bør der være en opmærksomhed på baggrunden for symptomerne. Andre sygdomme kan give et depressionslignende sygdomsbillede. Der kan således være situationer, hvor den praktiserende læge har behov for henvisning af mennesker med let til moderat depression til psykiatrisk speciallæge for at stille diagnosen.



Den praktiserende læge kan efter udredning og diagnosticering ligeledes henvise patienten til behandling hos praktiserende psykolog.

Region – henvisning og visitation

Regionspsykiatrien tilbyder udredning til patienter med psykisk sygdom med følgende karakteristika (se tabellen). I forbindelse med udredningen foretages også en somatisk undersøgelse.

Disse patienter henvises til en psykiatrisk afdeling (18 år+) eller børne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingen af hvilket behandlingstilbud patienten skal have – herunder evt. viderehenvisning til specialfunktion – foretages af psykiatrien²³.

Andre aktører

Privatpraktiserende psykiater kan bidrage til udredning. Privatpraktiserende psykologer med specialuddannelse i børne- og ungdomspsykiatri, eller psykiatri kan diagnosticere.

Regionsrådet har i efteråret 2020 godkendt en § 66 aftale, der gør det muligt for patienter at få en henvisning til en vurdering hos en privatpraktiserende psykiater i løbet af 14 dage. Dette sker via et elektronisk bookingsystem i almen praksis og psykiatripraksis.

Aftalens målgruppe er patienter med nyopstået eller aktuelt forværret psykisk lidelse, hvor egen læge er i tvivl om, hvilken lidelse, der er tale om, og/eller har brug for vurdering, rådgivning og vejledning om behandlings- og henvisningsmulighed. Den primære målgruppe for ordningen er patienter med stress, angst og depression.

Karakteristika på patienter med psykisk sygdom (udredning og behandling)	
Symptomer og adfærd	Betydelig forværring i symptomer Betydelig forpinthed Adfærd præget af betydelig ustabilitet, selvskade og/eller selvmordsrisiko samt truende adfærd Nyopståede psykotiske symptomer
Funktionsniveau	Betydelig nedsættelse i funktion hvad angår sociale og skole/arbejds-mæssige sammenhænge relateret til psykisk sygdom (hos personer med udviklingshæmning vurderes funktionsnedsættelsen i forhold til normal udvikling og begavelse)
Diagnostik	Diagnostisk uklarhed evt. på grund af manglende mental udvikling eller ko-morbiditet
Behandling	Utilstrækkelig effekt af forudgående behandling i primærsektor Ustabilt samarbejde om vedligeholdelsesbehandling

23) Regionsyddanmark – [Henvisning til behandling på psykiatrisygehuset](#).

7 | Behandling og opfølgning

Almen praksis

Almen praksis har mulighed for at behandle patienter med let til moderat depression. Der kan være tale om behandlingssamtaler og/eller medicinsk behandling. Den ikke-medicinske behandling er vigtig, uanset depressionens sværhedsgrad.

De praktiserende læger har mulighed for speciallægerådgivning i Psykiatrien i Region Syddanmark. Denne rådgivning er bl.a. en forudsætning for, at den almen praktiserende læge kan håndtere mere kompliceret psyko-farmakologisk behandling.

Mulighederne for rådgivning fra den enkelte afdeling fremgår af sundhed.dk.

Almen praksis har ansvaret for at være tovholder for det samlede behandlingsforløb, herunder følge op på den igangsatte behandling fx medicinjustering.

Opstart af medicinsk behandling af 18-24-årige skal ske hos en speciallæge i psykiatri. Almen praksis rolle er derfor i sådanne situationer at henvise til speciallæge.

Region

Regionspsykiatrien tilbyder behandling til patienter med moderat til svær depression.

Disse patienter henvises til en psykiatrisk afdeling (18 år+) eller børne- og ungdomspsykiatrien. Vurderingen af hvilket behandlingstilbud patienten skal have - herunder evt. viderehenvisning til specialfunktion – foretages af psykiatrien. Den regionale psykiatri skal i denne sammenhæng inddrage, informere og undervise patient og pårørende, ligesom relevante parter i f.eks. kommunen skal inddrages.

Ved moderat til svær depression skal patienten have medikamentel behandling sammen med samtaleterapi. Den medicinske behandling følges løbende af en læge i psykiatrien.

Jf. Sundhedsstyrelsen kan fysisk træning bruges i kombination med den primære behandling.

For patienter med depression, der behandles i psykiatrien, er der udviklet to nationale pakkeforløb: depressiv enkelt episode og periodisk depression. Her angives forskellige handlinger, som typisk kan indgå i behandlingen.

Hovedelementer i et behandlingsforløb er:

- Indledende samtale
- Kliniske undersøgelser og helbredstjek
- Diagnose
- Behandlingssamtaler individuelt eller i grupper
- Psykoedukation individuelt eller i grupper
- Medicinsk behandling og opfølgende konsultationer
- Tværsektorielt samarbejde f.eks. med jobcenter og socialpsykiatri
- Misbrugsbehandling sammen med misbrugscenter
- Pårørendesamtaler
- Afsluttende samtale.

Behandlingsplanen tilrettelægges individuelt med patienten på baggrund af sygdomsbilledet.

Ud over tilbud til patienter med moderat til svær depression har regionen et tilbud om internetbehandling til patienter over 18 år med let til moderat depression. Behandlingsforløbet består af en forsamling på video for at afklare, om behandlingstilbuddet er det rigtige for borgeren. Derefter følger patienten et internetprogram i 12 uger med en række behandlingstrin med daglige øvelser. Psykologen giver ugentlig skriftlig støtte. Behandlingen er gratis for patienten. Tilbuddet bemandes af psykologer og drives af Psykiatrien i Region Syddanmark som en del af Telepsykiatrisk Center.



Hvis depression opspores ved indlæggelse på somatisk sygehus, henvises til videre vurdering/ behandling i psykiatrien.

Afslutning af behandling efter indlæggelse/ambulant behandling

En patient er færdigbehandlet, når tilstanden vurderes ikke at blive bedre ved fortsat sygehusbehandling. Det er en lægefaglig vurdering i hvert enkelt tilfælde, hvornår patienten er færdigbehandlet.

Hvis patienten efter endt behandling skal modtage et kommunalt tilbud, skal kommunen varsles tidligst muligt om færdigbehandlingstidspunktet.

Ved afslutning af komplicerede behandlingsforløb skal alle involverede parter på det givne tidspunkt, samt de aktører der skal involveres i det videre forløb indkaldes til en udskrivningskonference²⁴. Udskrivningskonferencen bør planlægges, så alle relevante parter har mulighed for at deltage. Udskrivning kan desuden efter aftale ske via telefonisk kontakt. Behandlingspsykiatrien skal udarbejde en udskrivningsaftale efter Psykiatriloven, og kommunen skal tilbyde at udarbejde en handleplan for den videre indsats efter Serviceloven. Hvis patienten ikke ønsker at indgå en udskrivningsaftale, skal der i et samarbejde mellem psykiatrien og kommunen udarbejdes en koordinationsplan i henhold til psykiatriloven.

Efter endt behandling foregår opfølgningen som udgangspunkt ambulant i lokalpsykiatrien eller hos egen læge.

Borgerens kontakt til apoteket

Apoteket tilbyder medicinsamtaler til mennesker med kronisk sygdom, herunder også mennesker med depression, i tilfælde med manglende medicin efterlevelse eller hvor der inden for de seneste seks måneder er ordineret ny medicin.

Medicinsamtale – manglende medicin-efterlevelse ved kronisk sygdom

Tilbydes borgere, der har fået ordineret medicin i mindst 12 måneder for en kronisk sygdom og har manglende medicin efterlevelse. Medicinsamtalen handler om at identificere årsager og finde løsninger til den manglende medicin efterlevelse hos borgerne.

Medicinsamtale – nydiagnosticeret kronisk sygdom

Tilbydes borgere, der inden for de seneste 6 måneder har fået ordineret ny medicin i forbindelse med diagnosticeringen af en kronisk sygdom. Medicinsamtalen handler om at få borgeren godt i gang med at bruge medicinen på en hensigtsmæssig måde.

Borgeren kan – i sin dialog med apoteket – selv efterspørge en medicinsamtale, ligesom den praktiserende læge kan henvise til en medicinsamtale på apoteket.

24) Region Syddanmark (2018) – [Henvi sning til behandling på psykiatrisygehuset](#).

8 | Løbende koordinering

Sideløbende med behandlingen kan borgeren have behov for andre indsatser, hvor flere aktører er involveret. Det er derfor af afgørende betydning, at det er tydeligt, hvilke aktører der kan indgå i borgerens forløb, og ikke mindst hvordan disse aktører bringes i spil. Det kan fx være egen læge, psykiatri, jobcenter m.fl. Indhentning af oplysninger på tværs af de involverede aktører forudsætter et skriftligt samtykke fra borgeren.

Der er erfaring for, at disse parter håndtering af borgere med depression bl.a. er afgørende for pågældendes evne til at vende hurtigt og godt tilbage på arbejde/arbejdsmarkedet.

I den løbende koordinering kan der, hvis borgeren finder det relevant, også inddrages parter fra borgerens eget netværk, fx pårørende, kolleger og arbejdsgiver.

PsykInfo i Region Syddanmark har en række tilbud for børn og unge af forældre med psykisk sygdom, fx børne-ungesamtaler, familiesamtaler og kursustilbud for børn og unge.

Kommunen – henvisning og visitation

Kommunen er den myndighed, der afgør, om patienten/borgeren er berettiget til sociale ydelser. Det er kommunens myndighedsfunktion, der kan visitere til regionale og kommunale socialpsykiatriske tilbud.

Kommunen inddrages i patientens forløb efter behov. Kommunes ansvar er følgende:

- Det specialiserede socialområde har ansvaret for at vurdere behov for støtte, dagtilbud, døgntilbud
- Sundhedsområdet har ansvaret for at tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, f.eks. kost og motion, ryge- og nikotin-stop

- Arbejdsmarkedsområdet har ansvaret for at rådgive og vejlede, f.eks. mht. forsørgelse, beskæftigelse og uddannelse.

Region – henvisning og visitation

Henvisning til regionale tilbud sker via egen læge, vagtlæge, praktiserende speciallæge og de socialpsykiatriske tilbud.

Den regionale psykiatri har ansvar for følgende:

- Udredning og diagnosticering
- Behandling
- Inddragelse, information og undervisning af patient og pårørende
- Inddragelse af relevante parter i forløbet, fx kommunens specialiserede socialområde ifm. overvejelse om støttetilbud.

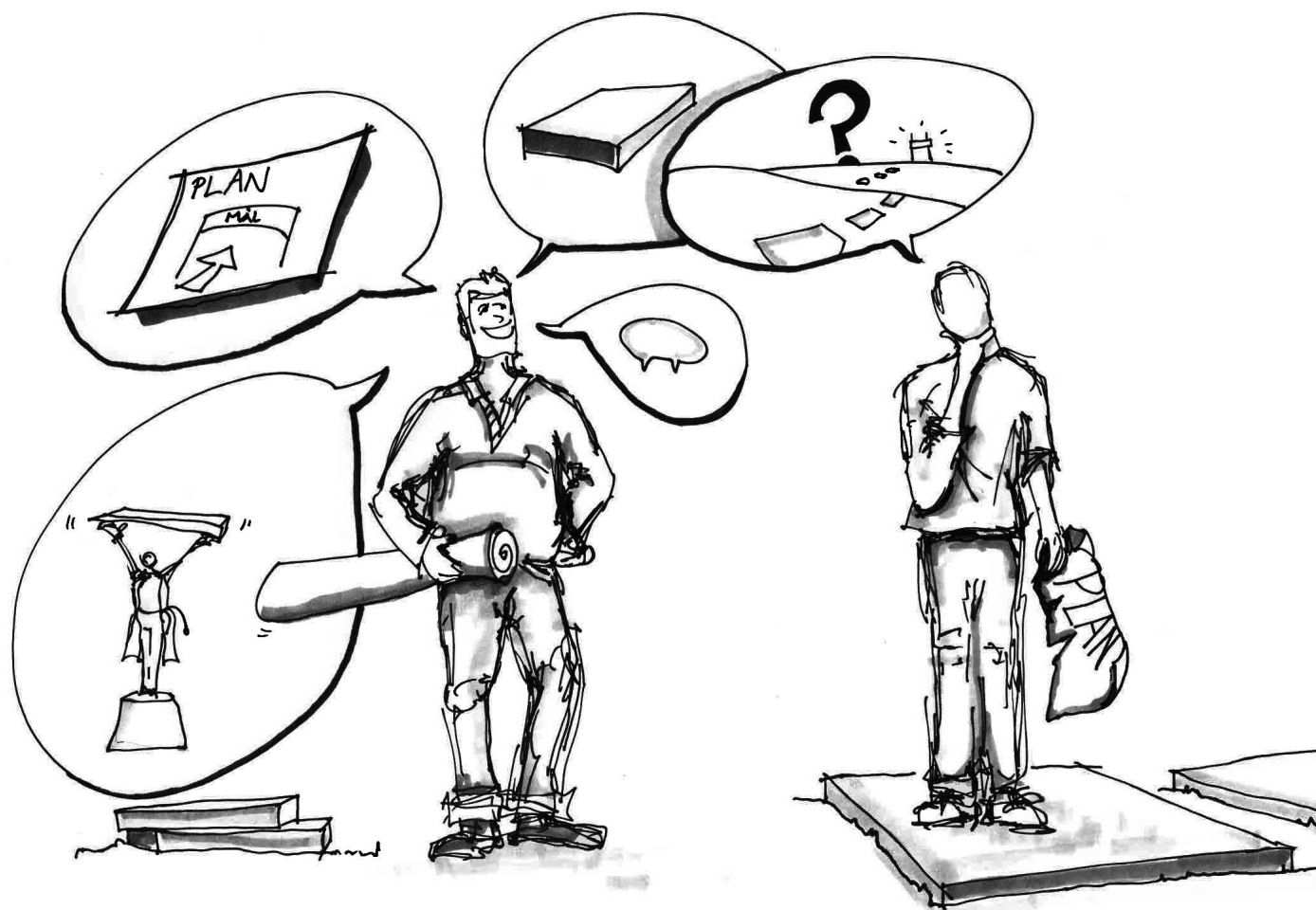
Samarbejde og koordination i praksis

Der er gennemført et samarbejdsprojekt blandt de 4 sønderjyske kommuner (Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg) og psykiatrien i Region Syddanmark om rehabilitering og recovery²⁵. En af konklusionerne var, at et samarbejde mellem relevante aktører og en integreret indsats er altafgørende i forhold til at forbedre mulighederne for en sikker og varig tilbagevenden til arbejdsmarkedet for mennesker med psykiske lidelser.

I forbindelse med projektet udtalte en borger:

“Det vælter mig med mange skift. Min sårbarhed forværres, fordi det blandt andet er hårdt at udlevere sig selv igen og igen. Det giver tryghed og ro med de samme ansigter.”

25) Psykiatrien i Region Syddanmark (2016) – [Forløbsprogram for borgere med angst og depression relateret til beskæftigelsesområdet](#).



En anden borger udtrykte sig således:

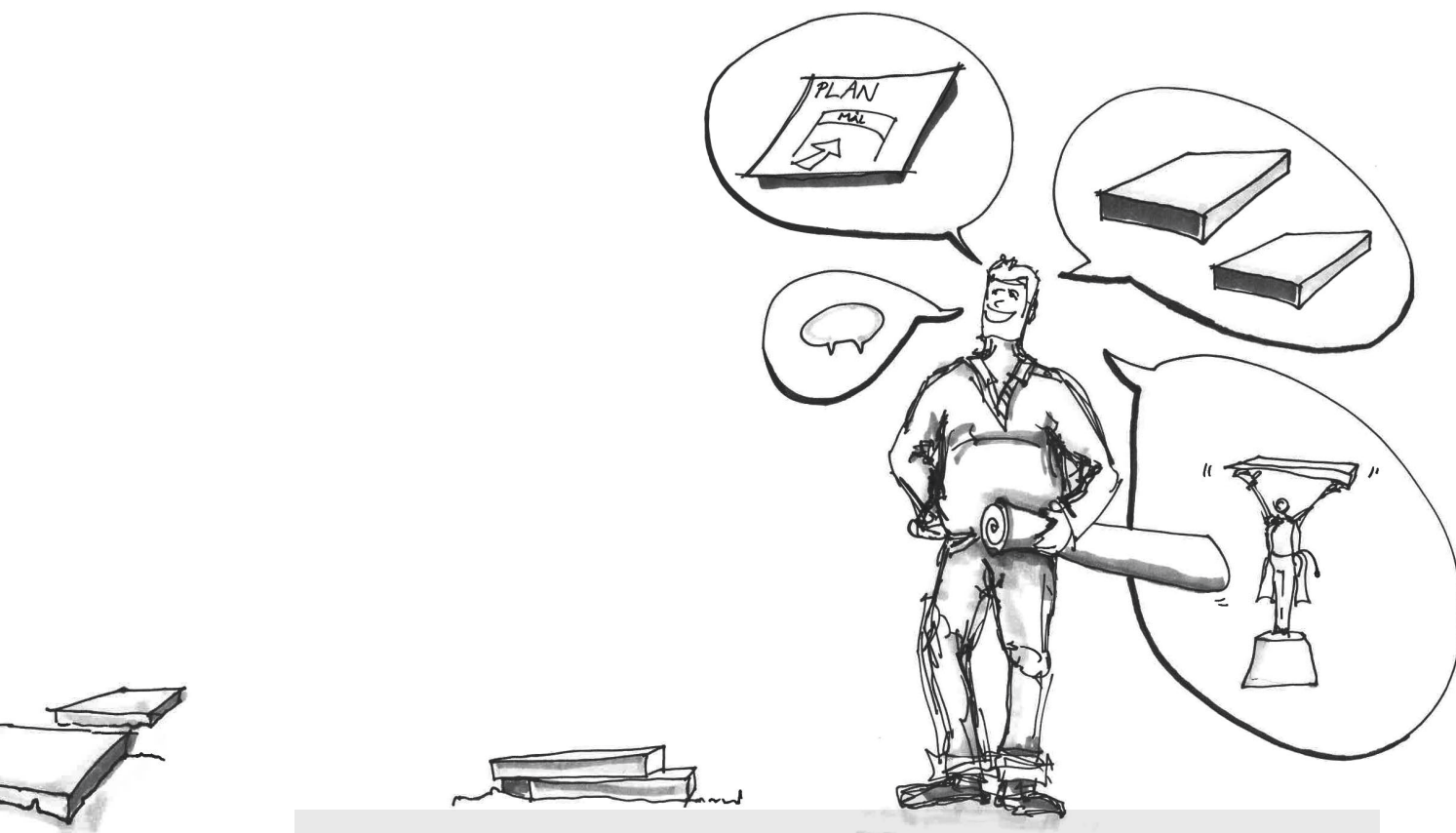
“Giv et kort overskueligt og brugbart referat med hjem fra et møde – kopi af den fælles plan og aftaler. Hovedet er ofte overfyldt, og man er kognitivt påvirket. Det er vigtigt for mig at vide, hvor i forløbet jeg er. Har svært ved at overskue at læse mails, ringe til sagsbehandler/behandler og åbne post i e-Boks.”

Borgerne i ovennævnte projekt og deltagere i den workshop, der blev afholdt i forbindelse med udviklingen af dette forløbsprogram, giver udtryk for, at det er meget vigtigt, at der blandt de fagprofessionelle er enighed om en fælles plan. Det betyder, at der er tillid til, at det, der igangsættes af de enkelte aktører, også er det bedste ud fra borgerens aktuelle situation.

Desuden er det afgørende, at der er en form for kontinuitet i gruppen af fagprofessionelle omkring borgeren – særligt når det handler om borgere med psykiske lidelser. Målgruppen har brug for stabilitet, og for at fagprofessionelle omkring dem, er kendte og gennemgående, så borgeren ikke oplever at skulle genfortælle sin historie flere gange.

En koordinerende kontaktperson

Nyt i forløbsprogrammet for mennesker med depression er, at en koordinerende kontaktperson skal tilbydes de borgere, der er diagnosticeret med depression og som samtidig har komplekse behov, herunder indsatser inden for arbejdsmarkedsområdet og øvrige kommunale områder.



Nyt i forløbsprogrammet: "Den koordinerende kontaktperson"

Den koordinerende kontaktpersons opgave er at have den løbende kontakt til parterne omkring den depressionsramte og indkalde til fællesmøder, hvor der udarbejdes en fælles plan. Den koordinerende kontaktperson sikrer at der foreligger skriftligt samtykke til at de involverede parter udveksler informationer i relevant omfang. Den fælles plan indeholder mål, de forskellige aktørers bidrag, herunder også borgers bidrag til målopfyldelse mv. Den koordinerende kontaktperson har desuden en særlig opgave i facilitere og formidle den fælles plan.

Funktionen som koordinerende kontaktperson bør placeres i lokalpsykiatrien, hvis borgeren er i behandling i psykiatrien. Hvis borger ikke er i behandling i psykiatrien placeres kontaktpersonsfunktionen i det kommunale område, der varetager rehabiliteringsopgaven i forhold til depressionsramte borgere, jf. kapitel 11. Disse parter har ansvaret for opstart af ordningen.

Baggrunden for denne anbefaling er, at lokalpsykiatrien og/eller det relevante kommunale område har en væsentlig og kontinuerlig tilknytning til den depressionsramte under forløbet. Enkelte gange kan funktionen mest hensigtsmæssigt ligge hos anden part fx jobcenter.

Der afholdes som minimum ét fællesmøde, hvor planen udarbejdes. Møder derefter aftales efter behov – f.eks. hvis det er nødvendigt at justere i planen. Da depression ofte vil have en påvirkning på de kognitive funktioner, skal der udsendes en dagsorden til disse møder. Indgåede aftaler nedfældes på skrift, som borger får med hjem.

9 | Arbejdsmarkedsindsats

Nogle borgere med depression oplever, at arbejdet har haft en betydning for, at de er blevet syge. Hvis man reagerer tidligt nok, kan en ændring af arbejdsforholdene medvirke til at forebygge en depression.

Langvarigt sygefravær nedsætter sandsynligheden for, at man kommer i arbejde igen. Da det er forbundet med store menneskelige og økonomiske omkostninger, når man mister tilknytningen til arbejdsmarkedet på grund af psykiske lidelser, er det derfor vigtigt, at der så tidligt som muligt lægges en realistisk plan for genoptagelse af arbejdet.

Ledighed er oftest en stor belastning for den enkelte, og kan være en medvirkende faktor for udviklingen af en depression. Det er afgørende for pågældendes mulighed for (igen) at få et arbejde, at depressionen opspores så tidligt i forløbet som muligt, og at der sættes ind med de rigtige indsatser.

Før depressionen

En ledig vil som udgangspunkt være i kontakt med kommunens jobcenter, da forsørgelsen enten vil være arbejdsløshedsdagpenge, sygedagpenge, ledighedsydelse eller kontanthjælp. Den ledige er således i løbende kontakt og dialog med en sagsbehandler/jobrådgiver, for at afklare og udvikle pågældendes arbejds- og funktionsevne med henblik på selvforsørgelse. Sagsbehandleren/jobrådgiveren er derfor en vigtig brik i en tidlig identifikation af en depression hos den ledige.

Undersøgelsen "Depression og Arbejdsliv", som er udført i samarbejde med Depressionsforeningen, viser, at der er store fordele ved at involvere sin arbejdsplads, når man har depression. Arbejdspladsen er en vigtig medspiller i både at forebygge og håndtere depression.

Hvis arbejdspladsen har en åben og fordomsfri holdning til depression, kan det være netop hér, lederen eller kollegerne konstaterer, at man ikke har det godt og har behov for hjælp. En opfordring og støtte til at blive professionelt undersøgt og behandlet i tide kan forhindre, at depressionen får lov at udvikle sig.

Arbejdsgiveren har muligheder for at agere via fx omrokering og en mulighedserklæring (der afdækker hvad medarbejderen kan på trods af sin sygdom). Arbejdsgiveren har altid, efter aftale med medarbejderen, mulighed for at tage kontakt til Jobcenteret for at få lagt en plan for fastholdelse på arbejdspladsen.

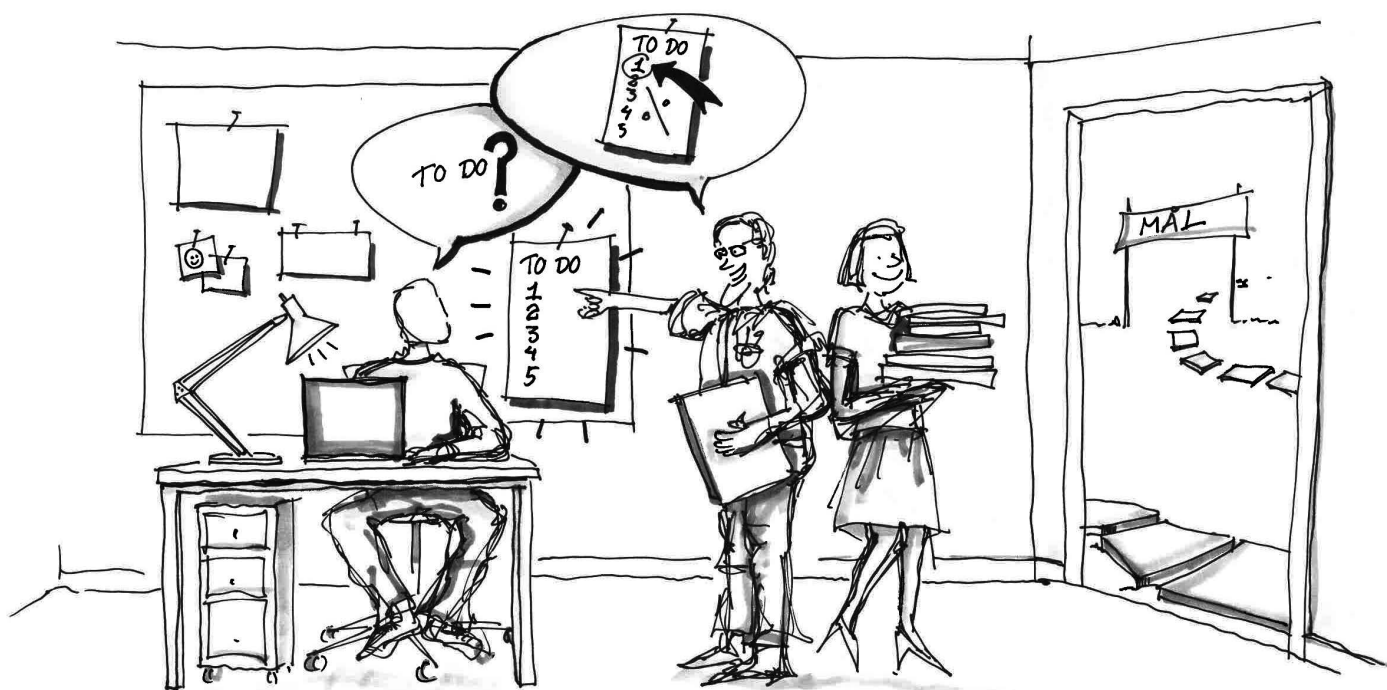
Under depressionen

Er en sygemelding uundgåelig, og forventes den at blive længere end otte uger, anbefales arbejdsgiveren at tage kontakt til jobcenteret via "Fast Track".

"Fast Track" betyder, at sygedagpengeopfølgningen igangsættes senest to uger efter anmodningen – mod normalt efter otte ugers sygefravær. Dette giver mulighed for at sætte tidligt ind med målrettede indsatser. Der anmodes om "Fast Track" ved enten at kontakte jobcenteret, eller via NemRefusion på Virk.dk.

Det gælder om at finde en balance mellem, hvor meget og hvad man kan klare, og samtidig have øje for de hensyn, der skal tages til sygdommen (ibid). Det har stor betydning for helbredelsen af depression, at man fungerer så godt man kan, på arbejdet og privat. De fleste vil opleve det som en lettelse stadig at kunne arbejde på et vist niveau.

Ofte kan man arbejde under behandling for depression, når behandlingen virker efter hensigten. Man holder sig derved aktiv og undgår at isolere sig socialt. Denne fremgangsmåde kræver, at den er afstemt i den fælles plan.



Arbejdsgiveren kan – og bør –, i samspil med den patientansvarlige læge tilpasse arbejdsforholdene, så man kan fungere på arbejdet, trods depressionen. Under depressionen vil mange arbejdsopgaver forekomme uoverskuelige og uoverkommelige. I mange tilfælde kan en reduktion af arbejdstiden være nødvendig som led i en delvis sygemelding.

Hvis en delvis sygemelding ikke er tilstrækkelig, kan det være nødvendigt, at man bliver helt sygemeldt i en periode. I denne periode er det meget vigtigt at holde kontakten til arbejdspladsen, gerne med en fast aftale om regelmæssig kontakt.

Såvel under den fulde sygemelding som under den delvise sygemelding vil Jobcenteret målrettet arbejde på, enten at få den depressionsramte klædt tilstrækkeligt på til at vende tilbage til den stilling/arbejdsplads pågældende havde ved sygemeldingen, eller hvis dette ikke er muligt, at få den pågældende afklaret til et andet arbejde og/eller anden funktion.

Regionens Arbejdsmedicinske afdelinger har bl.a. til opgave at vejlede personer som af helbreds-mæssige årsager har svært ved at klare det hidtidige arbejde.

Kommunerne har forskellige tilbud til målgruppen, hvor der tilbydes støtte og vejledning til mestring af hverdagslivet med depression. Fx gruppeforløb omkring "Lær at tackle angst og depression", "Trivsel i hverdagen", Stresshåndtering og Mindfulness. Kommunens opdaterede oversigt over tilbud ses på www.sundhed.dk. Se desuden kapitlet om rehabilitering i kommunerne. Disse tilbud vil kunne gives enten alene eller i kombination med en virksomhedspraktik, hvor der trænes i nye opgaver/funktioner.

Når arbejdet genoptages efter en sygeperiode, kan den depressionsramte med fordel starte med rutineprægede arbejdsopgaver.

Udvikler depressionen sig til en vedvarende tilstand, som varer mere end 2 år, findes kompenserende ordninger, så borgeren kan bestride et arbejde, på trods af en fysisk/psykisk funktionsnedsættelse, hvor arbejdsgiveren kompenseres økonomisk i ansættelsesforholdet:

Personlig assistance

Til handicappede i erhverv er der mulighed for at få personlig assistance med kompensation for de begrænsninger, der er konsekvens af den fysiske eller psykiske funktionsnedsættelse.

Personer med en varig psykisk funktionsnedsættelse er omfattet af denne målgruppe, hvilket er tilfældet for et mindretal af mennesker med depression.

§56 aftale

Hvis der er en risiko for et forøget sygefravær på grund af langvarig eller kronisk sygdom, kan der indgås en aftale mellem borgeren, arbejdsgiveren og kommunen, hvilket medfører at arbejdsgiveren får refunderet sygedagpenge allerede fra første sygedag, ved sygefravær som følge af den lidelse, der fremgår af §56 aftalen.

Det forventede forøgede sygefravær grundet lidelsen skal være på mindst 10 dage om året. Med denne ordning kompenseres en virksomhed alene ved fravær grundet en kronisk lidelse.

Ordningen tilstræber således at give den enkelte arbejdsplads et bedre økonomisk incitament til at fastholde den ansatte i beskæftigelse.

Efter depressionen

Efter fravær fra arbejde, er der mange rutiner som skal genopfriskes, også selv om sygeperioden kun har varet få uger. Det er oftest nødvendigt at genoptræne arbejdsevnen gradvist, via en delvis raskmelding. Et fælles møde med den depressionsramte, behandleren, arbejdsgiveren og sagsbehandleren fra Jobcenteret sikrer fælles plan for en god tilbagevenden.

Tiden efter en depression sammenlignes af nogle med at gå på line – man skal bevæge sig forsigtigt frem, men dog i et passende tempo, hvis man vil bevare balancen. Det er en balance mellem at passe på sig selv ved at skåne sig og samtidig søge passende udfordringer.



10 | Genoptræning

Patienter, som udskrives fra psykiatrien, har på samme måde som somatiske patienter ret til at få vurderet deres genoptræningsbehov ved udskrivning fra sygehuset.

Genoptræningsbehovet behøver ikke være somatisk, men kan lige så vel relatere sig til patienters psykiske sygdom – herunder depression ²⁶.

Patienter har ret til at få en genoptræningsplan på udskrivningstidspunktet, når der foreligger et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, der relaterer sig til den aktuelle sygehuskontakt, og som har baggrund i et funktionsevnetab.

Hensigten med genoptræning er, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Vurderingen af genoptræningsbehovet er konkret og individuel og skal tage hensyn til patientens ressourcer og motivation for genoptræning.

Hvordan vurderes, om der er et behov?

I vurderingen af, om en patient er i målgruppen for den tidsafgrænsede og målrettede proces, som en genoptræning er, skal der indledningsvis foretages en overordnet helhedsvurdering af:

- Om patienten er motiveret for en genoptræningsindsats og har et potentiale, der kan realiseres gennem genoptræning
- Om patienten lige så vel kan klare sig ved egen hjælp
- Om patientens behov er diffuse og bedre imødekommes af anden kommunal indsats.

Hvis den overordnede helhedsvurdering peger på, at en genoptræningsplan kan være relevant,

skal følgende mere specifikke spørgsmål overvejes:

Har patienten en bevægelsesmæssig funktionsevnenedsættelse?

- På grund af en somatisk lidelse eller fysisk skade fx fraktur fra fald, nerveskader i forbindelse med selvmordsforsøg
- Som følge af længere tids inaktivitet/isolering afledt af den psykiatriske diagnose fx målbar og/eller synlig nedsat balanceevne, nedsat bevægelighed, muskelkraft, koordination
- Som følge af smerter, uro, åndedrætsbesvær, anspændthed.

Har patienten en aktivitetsmæssig funktionsevnenedsættelse?

- Patienten kan ikke problemløse i hverdagens aktiviteter og/eller træffe valg pga. af udfordringer i relation til læring og anvendelse af viden, fx ambivalens
- Patienten kan ikke holde aftaler og opretholde struktur/daglige rutiner/meningsfulde aktiviteter pga. længere tids inaktivitet, isolation og/eller sygdomsbelastning/karakter
- Patienten kan have problemer med at forstå meddelelser, samtale og fremstille meddelelser, pga. sygdommens karakter og/eller længere tids isolation
- Patienten har svært ved at færdes med transportmidler pga. angst eller andre psykiatriske diagnoser
- Patienten har svært ved at tage omsorg for sig selv, fx bade, spise og/eller varetage egen sundhed og desuden almindelig husførelse pga. kognitive forstyrrelser, angst, spiseforstyrrelser, vrangforestillinger og/eller længere tids inaktivitet.

26) Region Syddanmark (2017) – [Notat om afgrænsning af målgruppe og snitflader til patienter i psykiatrien i Region Syddanmark.](#)

Har patienten en mental (kognitiv eller emotionel) funktionsevnedssættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?

- I forhold til at orientere sig
- Patienten har svært ved at tage initiativ, energiniveau, handlekraft, impuls kontrol
- Hukommelse og opmærksomhed
- Psykomotoriske funktioner fx reduceret kropssprog, rastløshed, ændret motorik og tempo
- Tænkning fx negative automatiske tanker
- Oplevelse af egen krop og selvet fx. forstyrret kropsopfattelse, vrangforestillinger, depersonalisering.

Har patienten en social funktionsevnedssættelse, som kommer til udtryk i kropslige reaktioner og konkrete aktiviteter?

- Patienten har svært ved sociale færdigheder fx konflikthåndtering og samtalefærdigheder, interpersonelt samspil og kontakt, pga. sygdommens karakter, kognitive deficits, angst og/eller længere tids isolation.

Såfremt det konstateres, at patienten har en eller flere af de nævnte funktionsevnedssættelser, udarbejdes en genoptræningsplan.

Genoptræningsplanen skal sikre relevant information til de sundhedspersoner, der skal yde genoptræningsydelsen, samt sikre information til patienten, alment praktiserende læge, hjemkommune og evt. anden leverandør af genoptræningsydelser. De nærmere regler om udarbejdelsen af genoptræningsplaner er fastsat i Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 918 af 22. juni 2018).

Model for sontring mellem behandling og genoptræning på forskellige niveauer

I tværsektorielt regi er der i Syddanmark godkendt en model for, hvordan man i psykiatrien sondrer mellem henholdsvis behandling, specialiseret genoptræning og almen genoptræning med udgangspunkt i en vurdering af patienterne på syv parametre.

Disse parametre er:

1. Selvmordsrisiko
2. Psykologisk indsigt
3. Motivation for at arbejde med sig selv
4. Evne til symptomstyring
5. Tidligere behandlingsforløb
6. Affektregulering og styring af hverdagsopgaver
7. Årsagen til funktionsevnedssættelsen.

Særligt om genoptræning i kommunerne

I BEK nr. 918 af 22. juni 2018 fremgår det bl.a., at:

- Udgangspunktet er, at kommunen igangsætter genoptræningsforløbet inden for 7 kalenderdage efter at borgeren udskrives fra sygehuset.
- Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningen inden for 7 kalenderdage, har patienten ret til frit at vælge en privat leverandør, som KL har indgået aftale med.
- Hvis en patient har et sundhedsfagligt begrundet behov for at begynde genoptræningsforløbet senere end de 7 dage, angiver sygehuset en startdato og en sundhedsfaglig begrundelse herfor.
- Genoptræningsplanen er en lægehenvielse, som ikke kan tilsidesættes.

Genoptræning i psykiatrien

- B** Behandling = B
S Specialiseret GOP = S
A Almen GOP = A

	Grad 5	Grad 4	Grad 3	Grad 2	Grad 1
Selvmondsrisiko	Akut øget risiko B	Moderat øget risiko B	Let øget risiko S	Ingen øget risiko A	Ingen øget risiko A
Psykologisk indsigt	Ingen psykologisk indsigt i forhold til sygdommen. Erkender ikke behandlingsbehov B	Har sikker og påtrængende fornemmelse af at have problemer. Mener, at det er andre mennesker eller ydre omstændigheder, der er årsag til problemerne B	Har svært ved at aflæse egne og/eller andres intentioner og motiver. Overvældes af symptomer og udøver ofte uhensigtsmæssig adfærd B S	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen, men har på særlige områder svært ved det og reagerer i kritiske situationer uhensigtsmæssigt A	Kan observere og reflektere over handlinger, kropslige fornemmelser, tanker og følelser ift. sygdommen A
Motivation for arbejde med sig selv	Er modstander af behandling, selv om den er påkrævet B	Henvender sig af nød, da symptomerne er overvældende, mere end af egen vilje. Vil helst have symptomer fjernet hurtigst muligt uden egen indsats. Indsigt er ikke af interesse – kan ikke se symptomernes alvor og er ikke motiveret for behandling, men tager imod denne uden større involvering B	Har selv henvendt sig på andres opfordring og er tilbageholdende med at angive, hvad der evt. kan blive anderledes hos vedkommende selv. Har svært ved at skabe mulighed for at behandlingen kan finde sted B S	Henvender sig med ønske om behandling/træning. Har ønske om at forandre sig på bestemte områder og arrangerer sig, så behandlingen kan finde sted A	Er afklaret omkring egne behov for træning og arbejder målrettet med det A
Evne til at mestre symptomerne	Har opgivet eller er ligeglad med symptom-mestring B	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet, men patienten har delvis opgivet at mestre symptomer (skal motiveres og undervises) B	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på hverdagslivet i form af sygemelding, isolation, inaktivitet S A	Symptomernes tilstedeværelse får indflydelse på arbejdspræstation, kommunikation og samvær, men der opretholdes kontakt til familie, venner, uddannelse, arbejde A	Formår kortvarigt at håndtere symptomer, så hverdagslivet kritiske områder kan klares A
Tidligere behandlings-/ træningsforløb	Tidligere behandlingsforløb uden resultater. Opgivende overfor yderligere forsøg B	Tidligere behandlingsforløb overvejende med dårligt resultat B	Tidligere behandlingsforløb med vekslende resultat B S	Tidligere behandlingsforløb med godt resultat A	Ingen tidligere behandlingsforløb – nuværende er første behandlingskrævende situation A
Affektregulering og mestring af hverdagsopgaver	<i>Ydre regulering</i> Kan ikke mestre hverdagsopgaver og har behov for rutiner, hands on, strukturer samt sansereds kabler B	<i>Begyndende co-regulering</i> Kan ikke mestre hverdagsopgaver, men er deltagende, lyttende og afprøvende, synkronisering, dvs. træning/ aktiviteter gennemføres med tæt guidning og med mulighed for visuelt at kopiere terapeuten B S	<i>Co-regulering</i> Kan med tæt støtte og guidning udvise initiativ omkring hverdagsopgaver, tager stilling, vælger til og fra på bevidst niveau S A	<i>Begyndende selvregulering</i> Kan mestre hverdagsopgaver i træningsrummet, men lykkes ikke hjemme A	<i>Selvregulering</i> Kan mestre hverdagsopgaver med supervision og opfølgning både til træning og hjemme, men har brug for at blive konsolideret i hverdagen A
Årsag til funktionsevne-nedsættelsen	Overvejende psykisk betinget. Den subjektive oplevelse af egen krop er så forstyrret, at der er udtalt diskrepans mellem det udlevede funktionsniveau og det faktiske funktionsniveau B S	Primær psykisk betinget. Der kan findes spor i kroppen og dens funktioner med psykomotoriske test. Den belastende subjektive oplevelse af egen krop er væsentlig med til at forstyrre funktionsevnen B S	Både psykisk og somatisk betinget. Der kan måles og observeres fald i funktionsevnen med almene test S A	Primær betinget af somatisk lidelse som, dog fortsat med hensyntagen til psykiske forhold A	Udelukkende somatisk sygdom og ingen særlige hensyn A

Ved modtagelse af genoptræningsplanen skal kommunen vurdere, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau.

For patienter som henvises til genoptræning på basalt niveau gælder, at patienten typisk har enkle og afgrænsede funktionsevnedssættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevne og/eller genoptræningsindsatsen.

For patienter, som henvises til genoptræning på avanceret niveau, gælder, at patienten typisk har omfattende funktionsevnedssættelser, ofte af betydning for flere livsområder, herunder evt. komplikationer i behandlingsforløb på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen ²⁷.

Hvilken henvisning og hvordan?

Patienterne kan henvises til både genoptræning efter Sundhedslovens §140 og til forebyggelsestilbud efter Sundhedslovens §119, stk. 2.

Har patienten behov for genoptræning, sker henvisningen via en genoptræningsplan (GOP).

Har patienten behov for forebyggelsestilbud og sygdomsmestring sker henvisningen via XREF15.

27) Sundhedsstyrelsen (2018) – Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner nr. 9538.



Sygehuset

Genoptræning under indlæggelse (Sundhedsloven §5)	Sygehuset har ansvaret for genoptræning under indlæggelse.
Udarbejdelse af genoptræningsplaner (Sundhedsloven §84)	Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for at vurdere, om patienten efter udskrivelse eller behandling på ambulatoriet har et behov for tilbud om genoptræning. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender denne til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GGOP og patientens praktiserende læge, hvis patienten har givet samtykke hertil. Genoptræningsplanen skal senest udleveres til patienten på udskrivelsestidspunktet.
Varetagelse af specialiseret genoptræning	Sygehuset har ansvaret for den specialiserede genoptræning.



Kommunen

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)	Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde patienten genoptræning. Kommunen vurderer, om der skal tilbydes almen genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til patientens praktiserende læge, for at understøtte lægens tovholderrolle.
Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)	Patienter, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.
Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)	Kommunen skal tilbyde hjælp til patienter, som har brug for en indsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til patienter, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med patienten og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til patientens praktiserende læge.
Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)	Kommunen kan tilbyde træning til patienter med depression med henblik på at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

11 | Rehabilitering i kommunerne

NYT I FORLØBSPROGRAMMET

At borger kan tilbydes rehabiliteringstilbud på det relevante kommunale område

Et fokus i dette forløbsprogram er at tilbyde kommunale rehabiliteringstilbud til mennesker med let eller moderat depression i Region Syddanmark.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2018 et fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling: "Samlet indsats for mennesker med psykiske lidelser". Oplægget indeholder en række anbefalinger, der har til formål at forbedre det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser.

Anbefalingen om at nedbringe øget sygelighed og overdødelighed rammer direkte ind i den kommunale sundhedsindsats.

Kommuner og regioner sætter mål for og udvikler forebyggelsestilbud vedrørende nikotinafvæning, fysisk aktivitet, kost, alkohol og rusmiddelforebyggelse med fokus på, at mennesker med psykiske lidelser har brug for en særlig, tilpasset indsats²⁸.

Øget sygelighed og kortere levetid blandt mennesker med psykiske lidelser skyldes en højere forekomst af risikofaktorer for fysisk sygdom og forhold relateret til livsstil.

Af Den Nationale Sundhedsprofil 2017 fremgår det, at mennesker med vedvarende psykisk lidelse i højere grad end den øvrige befolkning ryger, har usunde madvaner, er fysisk inaktive

og indtager alkohol, men også at de er ligeså motiverede som andre for at ændre sundhedsadfærd. Borgere med moderate til svære psykiske lidelser har behov for en særlig indsats for at ændre sundhedsadfærd, der blandt andet omfatter tilpassede tilbud og mere støtte fra fagpersoner.

Påbegyndelse og afslutning af rehabiliteringstilbud i kommunerne

Forløbsprogrammet for borgere med depression giver mulighed for, at disse borgere kan tilbydes rehabilitering i kommunen. Målgruppen for de kommunale rehabiliteringstilbud er mennesker med depression i let og moderat grad, der ikke behandles i psykiatrien. Den enkelte kommune fastlægger selv den nærmere udformning af tilbuddet med afsæt i forløbsprogrammets intentioner og nedenstående beskrivelser. De kommunale rehabiliteringstilbud til mennesker med depression kan også være relevante for andre målgrupper.

Rehabiliteringstilbuddene har til formål at styrke patientens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. I rehabiliteringen anlægges en helhedsorienteret tilgang, der medtænker borgerens kontekst og relationen til andre.

Rehabiliteringstilbuddene til mennesker med depression omfatter fx det dobbelte KRAM, sygdomsmestring, psykoedukation, ryge- og nikotinstop, fysisk træning samt en ernæringsindsats.

I henvisningen til kommunen skal det fremgå, hvilke behov der tidligere er afdækket i forløbet. Den koordinerede, tværgående indsats skal videreføres til kommunen. Behovet for øvrige indsatser (fra andre fagpersoner) skal afdækkes i den afklarende samtale.

28) Sundhedsstyrelsen (2018) – [Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser](#).

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til rehabiliteringstilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens rehabiliteringstilbud, skal det ske elektronisk. Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb.

Rehabiliteringstilbuddet skal således indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen patienten for at aftale tidspunkt og sted for samtalen.

Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre patienten opmærksom på muligheden for at tage en pårørende med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud samt målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter patienten i at prioritere de tilbud, som patienten har størst behov for.

For at afdække patientens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos patienten ifm. patientens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation. Patienternes ønske om information er varierende. Det er derfor vigtigt at tage afsæt i den enkeltes behov og spørge ind til behovet for information i starten af og løbende gennem forløbet. Det er som fagperson vigtigt løbende at foretage en vurdering i forhold til hvilken information, der bør gives. I vurderingen skal indgå en overvejelse om, hvorvidt patientens situation er stabil, og hvordan informationen vil påvirke patientens aktuelle situation.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for patienten at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde patienter, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabokommunen.

Den sundhedsprofessionelle bør også have fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse indsatser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere rehabiliteringstilbud. Der bør være opmærksomhed på evt. sideløbende behandlings- eller rehabiliteringsindsatser kan finde sted, hvorved et behov for fælles målsætning og koordinering opstår. Det kan fx være en socialfaglig indsats eller beskæftigelsesindsats.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte patientens motivation for at gennemføre forløbet, herunder motivationen for at gennemføre en forandringsproces med henblik på at indlære nye adfærdsmønstre.

De sundhedsprofessionelle har et skærpet ansvar i forhold til særligt sårbare patienter med en lav grad af egenomsorgsevne og mestringskompetence.



BEMÆRK

Sundhedsstyrelsens [Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#) anvender ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, ryge- og nikotinstop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Som en del af den afklarende samtale bør kommunen have opmærksomhed på patientens ressourcer – om det fx er muligt, at patienten kan varetage en del af sin rehabilitering på egen hånd.

Afslutning på samlet forløb

Som afslutning på forløbet skal fagpersonerne afklare, om patienten har behov for opfølgning på de forskellige elementer i rehabiliteringstilbuddet. Det kan ske gennem en afsluttende samtale, hvor patientens pårørende også kan

inviteres med. Et eventuelt behov for opfølgning på de forskellige elementer bliver planlagt, koordineret og kommunikeret til både patienten og eventuelt andre involverede aktører²⁹.

Efter et afsluttet rehabiliteringstilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til den praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. Er sygehuset henvisende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

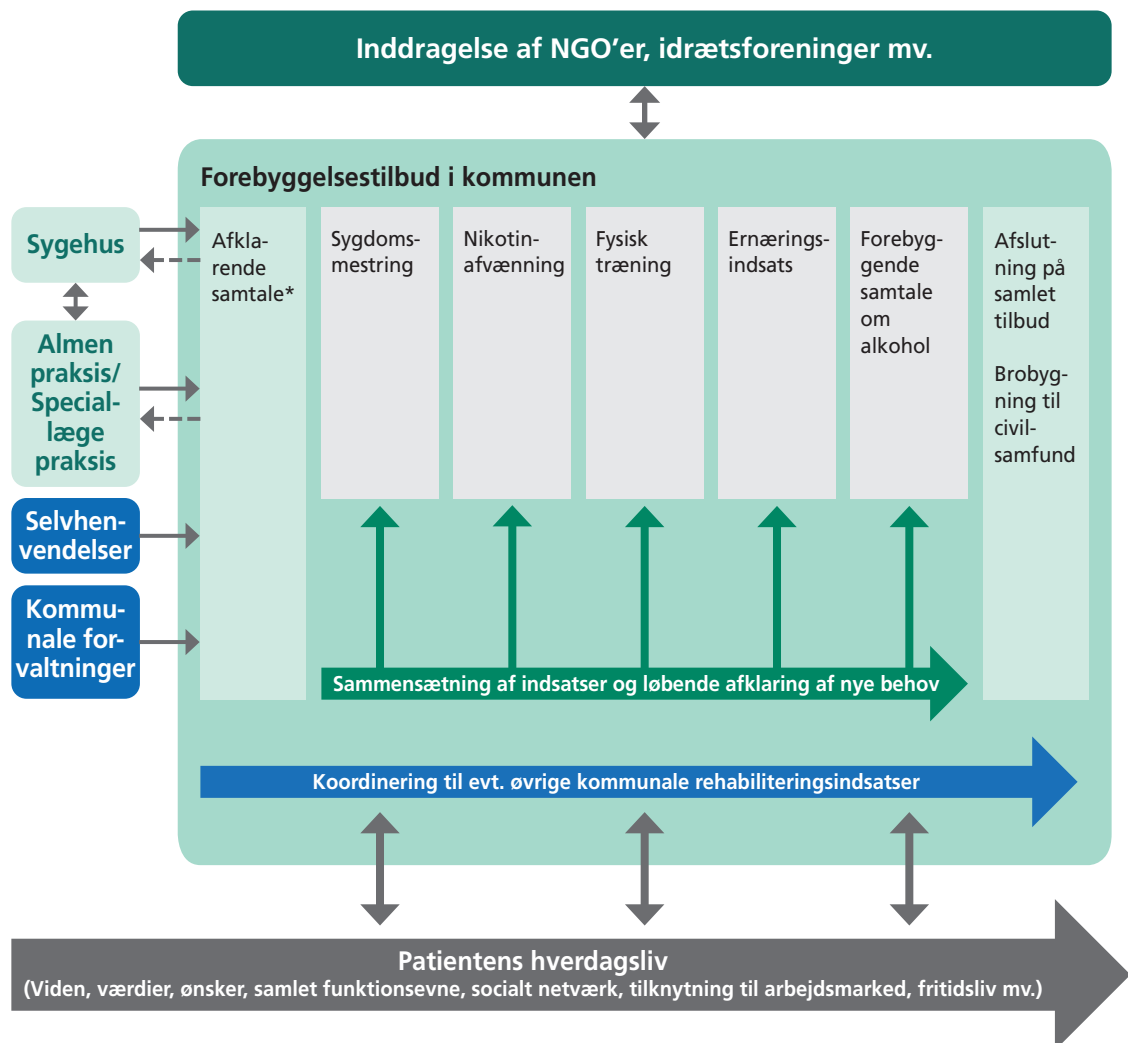


Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

Sundhedsstyrelsen (2024) – [Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).

* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale

29) Sundhedsstyrelsen (2024) – [Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).



Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliteringstilbud

Ses på www.sundhed.dk. I flere syddanske kommuner kan patienten selv henvende sig til kommunen for at deltage i rehabiliteringstilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Følgende elementer bør jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, indgå:

Sygdomskendskab

- Gennemgang af sygdommen, dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen i den forbindelse. Herunder indflydelse på funktionsevne.
- Dialog omkring eventuelle psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom.
- Betydningen af risikofaktorerens skadelige virkninger og dermed udviklingen af sygdommen samt de til enhver tid eksisterende fordele ved at ændre vaner gennem forskellige muligheder for intervention.
- Brug af medicin, herunder hvordan den virker; bivirkninger; hvordan den anvendes og muligheder for at monitorere virkningen.

Sygdomsforværringer

- Tegn på forværring eller svingninger i sygdomsintensitet og forebyggelse og tidlig behandling heraf.
- Dialog om hvordan borgeren selv og eventuelt i samarbejde med andre monitorerer sin tilstand ved hjælp af symptomer/ iagttagelser og på baggrund heraf og efter aftale med lægen justerer sin behandling.

Sociale forhold

- Herunder hvordan man mest hensigtsmæssigt håndterer daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer.

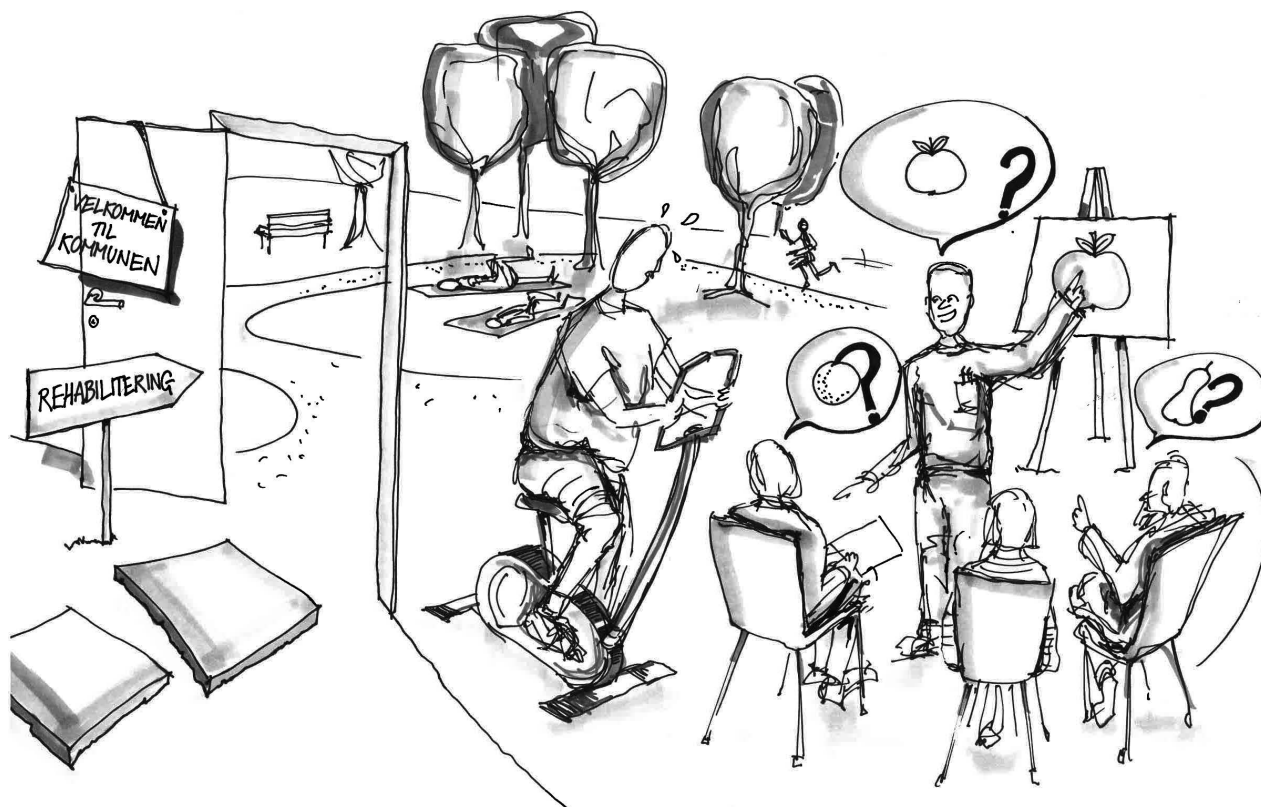
- Gennemgang af mulige psykosociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv., som kan medvirke til at fastholde de livsstilsændringer og færdigheder, der er opnået.
- Inddragelse af socialrådgiver i forhold til aktuelle behov i forhold til familie, uddannelse og beskæftigelse.

Betydningen af andre forebyggende indsatser

- Betydningen af fysisk aktivitet og træning.
- Betydning af en god ernæringstilstand og en stabil vægt.
- Betydningen af søvn, alkohol, nikotin-afhængighed

Mestring af sygdommen i hverdagen

- Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsindskrænkninger, herunder egne erfaringer og visioner for fremtiden.
- Samliv.
- Fokus på udvikling af færdigheder til at læse, forstå og anvende sundhedsinformation, kommunikere med sundhedspersonalet, tage beslutninger og aktivt involvere sig.
- Patientforeninger og sociale netværk.



Sygdomsmestring

Et struktureret rehabiliteringstilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringselementer. Tilbuddet skal bidrage til at give patienten viden om sygdommens karakter, herunder udvikling, komplikationer og mulighederne for forebyggelse af tilbagefald, behandling og rehabilitering.

Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i patientens hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver så konkret og meningsfuld som muligt.

Afstand til tilbud samt tidspunktet, hvor de finder sted, har betydning for deltagelse. Det er en fordel, hvis rehabiliterings- og forebyggelsestilbuddene passes ind, så hverdagen og arbejdsliv stadig kan opretholdes.

Det er en velkendt problemstilling, at ikke alle patienter er opmærksomme på den information, de modtager i e-boks. Derfor er det en fordel, hvis kommunerne er opmærksomme på, at det nogle gange kan være nødvendigt at kontakte patienterne telefonisk.

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patientens udvikling, når tilbuddene i kommunen stopper.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke rehabiliteringstilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undervisningen varetages af sundhedsprofessionelle, der:

- Har mindst en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse
- Har specialviden om depression erhvervet ved kompetenceudvikling
- Har sundhedspædagogiske og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes patientens deltagelse i rehabiliteringstilbuddet. Samtidig styrkes de handlekompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og agere i hverdagslivet med depression.

Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring

Pårørendeinddragelse kan generelt bidrage til at give en bedre kvalitet. Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både patienter, pårørende og personale og en mere effektiv udnyttelse af ressourcer.

Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med rehabiliteringstilbud om sygdomsmestring.

Inddragelse af pårørende kan opdeles i to: Inddragelse af pårørende i patientens forløb og inddragelse med sigte på at opfylde de pårørendes egne behov.

Ved inddragelse i patientens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler om de pårørendes egne behov, fokuseres derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker ud over det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne. Denne støtte kan fx ske ved at afvikle møder i pårørende-grupper el.lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden patienternes medvirken.

Kommunen sikrer, at der er tilbud til pårørende (fx børn og partnere) til borgere, der har længevarende psykisk eller fysisk sygdom. Tilbuddet skal forebygge, at pårørende udvikler dårlig mental sundhed og psykisk sygdom som følge af længevarende belastning. Tilbuddet kan bestå af en kombination af rådgivning, undervisning, gruppesamtaler og individuelle samtaler. Kommunen informerer om evt. regionale tilbud ³⁰.

Henvi sning fra almen praksis og sygehus e til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehus et henviser til kommunens rehabiliteringstilbud om sygdomsmestring, skal det ske elektronisk.

Henvi sning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Efter et afsluttet rehabiliteringsforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Fysisk træning

Patienter med depression skal stile imod at være aktive svarende til Sundhedsstyrelsen generelle anbefalinger for fysisk aktivitet ³¹.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på ikke at belaste en patient med depression med en forventning om fysisk træning i de tilfælde, hvor patienter oplever sig ude af stand til at honorere en sådan aktivitet. Patienter må i udgangspunktet være motiverede for træning for at kunne profitere heraf. Samtidig vil en væsentlig del af behandlingen bestå i at facilitere og støtte op om motivationen hos patienterne. Planlægningen af den fysiske træning kan med fordel indgå i udarbejdelsen af en behandlingsplan i samarbejde mellem behandler og patient. Når patienten tilbydes deltagelse i en træningsaktivitet, bør denne superviseres af sundhedsfagligt personale med kompetencer inden for træningsfysiologi og depression ³².

Den superviserede fysiske træning kan med fordel suppleres af kropsterapi med henblik på at øge mestringsevne og egenomsorg.

30) Sundhedsstyrelsen (2018) – [Forebyggelsespakke Mental sundhed](#).

31) Sundhedsstyrelsen (2018) – [Fysisk aktivitet som behandling](#).

32) Sundhedsstyrelsen (2016) – [National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar](#)

Jf. Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" henvises til at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt.

Det er i denne forbindelse væsentligt at pointere, at det er den afklarende samtale og den individuelle vurdering af patientens samlede situation, der bør være afgørende for, om vedkommende tilbydes fysisk træning.

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så det også er tilgængeligt for patienter, der er erhvervsaktive borgere.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. patientens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at patienten kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen. Det kan fx gælde ved en særlig jobsituation, eller hvis der er særlige geografiske hensyn at tage.

Sundhedsfaglige kompetencer

Den sundhedsprofessionelle, der varetager og superviserer den fysiske træning, bør have særlig viden om depression.

Den sundhedsprofessionelle bør have et fokus på, om patienten kan have gavn af at deltage i aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi. Disse instanser er vigtige for at fastholde patienten i forløbet, når tilbuddene i kommunen stopper. For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansieringsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.

Ernæringsindsatser i kommunen

Patienter, kan ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold have gavn af en ernæringsindsats.

Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret.

Ernæringsindsatsen retter sig mod sundhedsstyrelsen generelle kostråd, og kan dermed indeholdes i kostvejledning, der varetages af både diætister, prof. bachelorer i ernæring og sundhed og kostvejledere.

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Kostvejledning

Kostvejledning defineres som et behandlingsforløb for mennesker med behov for ernæringsindsats, som kan gennemføres individuelt eller i grupper. Kostvejledning kan suppleres med praktisk madlavning med henblik på at øge patienternes handlekompetence og compliance.

Kostvejledningen bør fokusere på flere kostkomponenter og vaner frem for en enkelt komponent. Der skal tages udgangspunkt i patientens dagligdagskost, øvrige risikoprofil og behandlingsbehov.

Patienten motiveres og vejledes i forhold til ændringer af kosten under hensyntagen til patientens ressourcer og barrierer.

Sundhedsfaglige kompetencer

Kostvejledning om de generelle kostråd bør gives af fagpersoner med ernæringsfaglig og/eller sundhedsfaglig baggrund på bachelor-niveau.

Nikotinafvenning i kommunen

Flere studier viser, at tobaksrygere er overrepræsenterede blandt mennesker med depression.

Adskillige undersøgelser tyder på, at sammenhængen er cirkulær: depression øger risikoen for, at patienten begynder at ryge, og tobaksrygning kan øge risikoen for, at en person får sin første depression. Imidlertid er det også velbeskrevet, at rygeophør kan fremprovokere depression³³. Det kræver derfor en særlig opmærksomhed på timingen af evt. rygestop.

33) Sundhedsstyrelsen (2007) – [Referenceprogram for unipolar depression hos voksne](#).

Kommunen kan selv tilrettelægge ryge- og nikotinstop tilbuddet og/eller henvise til de nationale tilbud Stoplinjen og e-kvit. Tilbud om nikotinafvænning bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Formålet er at understøtte patientens ønske om ryge- og nikotinstop eller motivere hertil.

Tilbuddet kan være individuelt såvel som holdbaseret alt efter patientens præferencer. Patienten kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et tilbud om nikotinafvænning.

Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så de også er tilgængelige for patienter, der er erhvervsaktive.

Efter et afsluttet nikotinafvænningsforløb anbefales det, at kommunen sender et kort afslutningsnotat til patientens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle. Patienten skal give samtykke til dette.

Tobaks- og nikotinafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne stopinterventioner, før patienten fastholder sit ryge- og nikotinstop. Det anbefales derfor, at patienter med depression kan deltage på kommunens tilbud mere end én gang.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til nikotinafvænning i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til et rygestoptilbud i kommunen, skal det ske elektronisk.

Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med patienten tilrettelægger det videre forløb. Kommunens opdaterede oversigt over rehabiliteringstilbud ses på www.sundhed.dk

Forebyggende samtale om alkohol i kommunen og alkohol behandling

Som beskrevet i kapitel 3 "Tidlig opsporing hos risikogrupper" kan depression gå forud for et stort alkoholforbrug eller -misbrug. Derudover er der en betydelig gensidig påvirkning, hvor et stort forbrug af alkohol også kan gå forud for den depressive lidelse. Der er adskillige plausible biologiske mekanismer, hvorigennem afhængighed af alkohol kan forårsage depressive lidelser.

Mange depressive symptomer forbedres markant inden for dage eller uger med afholdenhed³⁴. Derfor kan forebyggende samtale om alkohol og alkoholbehandling være af betydning for depressionen.

Forebyggende samtale om alkohol

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, som har størst betydning for den samlede sygdomsbyrde. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol³⁵.

Dette kan med fordel tilbydes, hvor der ellers iverksettes tilbud på sundhedsområdet. Det bør afdækkes, om patientens alkoholforbrug ligger over højrisikogrænsen, uden at vedkommende har udviklet alkoholaafhængighed.

Typen af alkoholoverforbrug har betydning for, hvilken indsats der er den rette at tilbyde borgere med alkoholoverforbrug.

34) Sundhedsstyrelsen (2024) – [Alkohol og Helbred](#).

35) Sundhedsstyrelsen (2016) – [Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).

I denne sammenhæng er følgende tre begreber væsentlige:

Storforbrug af alkohol

Der er tale om et storforbrug, når forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for indtag af alkohol (højest 10 genstande om ugen, højest 4 genstande samme dag).

Skadeligt alkoholforbrug

Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade eller social skade, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. (Definition i henhold til International Classification Diagnose System (ICD 10)).

Alkoholafhængighed

Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

Sundhedsfaglige kompetencer

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den forebyggende samtale om alkohol bør foregå individuelt og varetages af medarbejdere med særlige kompetencer og erfaring inden for alkohol, alkoholbetingede sygdomme, screening og alkoholbehandling. Læs mere herom i kvalitetsstandarden for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2024.

Alkoholbehandling

Mens den forebyggende samtale om alkohol med fordel kan tilbydes i relation til de øvrige sundhedsfremmende tilbud, ses alkoholbehandlingen ofte sammenkoblet med Kommunernes misbrugsområde. Alkoholbehandling er en Sundhedslovsydelse (Sundhedsloven § 141) og kan foregå anonymt, hvis borger ønsker dette.



Ændringslog, juni 2025:

Forløbsprogrammet er opdateret indenfor rammerne af Spor 1 i Model for revidering af tværsektorielle aftaler, ligesom Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarden er indarbejdet.



Region Syddanmark | Damhaven 12 | 7100 Vejle | www.regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark
og de 22 kommuner