



OPUS

MANUAL FOR BEHANDLING

AF UNGE MED

NYDIAGNOSTICERET SKIZOFRENI

Klinik for Unge med Skizofreni (OPUS)
Århus Universitetshospital, Risskov
Skovagervej 2
8240 Risskov
Tlf.: 77 89 38 10
Fax: 77 89 39 29

Revideret december 2009

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|--------|
| Baggrund og introduktion | Side 3 |
| Målgruppe | 4 |
| Henvisningsprocedure | 5 |
| Udredning af patienter | 6 |
| Lægelig opfølgning | 7 |
| Kvalitetsmål og kliniske standarder | 8 |
| Primærbehandler og behandlingsansvarlig læge | 10 |
| Behandlingsprogram, oversigt | 11 |
| 1. Kontaktfastholdelse | 12 |
| 2. Individuel samtalebehandling | 13 |
| 3. Tilbagefaldsforebyggelse | 15 |
| 4. Medikamentel behandling | 16 |
| 5. Familieinddragelse | 17 |
| 6. Psykoedukation | 18 |
| 7. Social færdighedstræning | 19 |
| 8. Træning i daglige færdigheder | 20 |
| 9. Diverse | 21 |
| 10. Socialpsykiatriske tilbud | 22 |
| 11. Indlæggelse på psykiatrisk afdeling | 23 |
| Behandlingsvarighed og afslutning | 24 |
| Opgaver i Klinik for unge med skizofreni (OPUS) | 25 |

Bilag:

- Bilag 1. Checkliste
- Bilag 2. Manual til vurdering af bivirkninger (UKU)
- Bilag 3. HoNOS skala og manual
- Bilag 4. GAF skala og manual
- Bilag 5. SANS/SAPS skala og manual
- Bilag 6. Spørgeskema patienttilfredshed
- Bilag 7. Spørgeskema pårørendetilfredshed
- Bilag 8. "Tidlige tegn på tilbagefald", fra Per Borell "Trin for trin"
- Bilag 9. Undervisningsmateriale til patienter
- Bilag 10. Undervisningsmateriale til pårørende
- Bilag 11. Manual til social færdighedstræning
- Bilag 12. Manual til familieinddragelse
- Bilag 13. Manual til træning i daglige færdigheder
- Bilag 14. Manual til kognitiv gruppebehandling
- Bilag 15. Manual til kursus i sund livsstil

Baggrund og introduktion

Skizofreni er en af de alvorligste psykiske lidelser p.g.a. risikoen for medfølgende personlighedsmæssig desintegration og funktionstab. Sygdommen er for den enkelte patient og for dennes familie ofte forbundet med store sociale og psykologiske omkostninger, og

samfundsøkonomisk er skizofreni en af de dyreste sygdomme i verden.

Resultater fra OPUS-projektet samt udenlandske undersøgelser viser, at en tidlig og kontinuerligt fastholdt intervention overfor patienter med nydebuteret skizofreni kan forbedre prognosen og mindske de personlige og sociale omkostninger ved sygdommen. Det er således sandsynliggjort, at patienter med kort psykosevarighed inden indsættelse af behandling samlet set klarer sig bedst m.h.t. sygdommens varighed og sværhedsgrad. Det er endvidere vist, at en aktiv inddragelse af familien i patientens behandling og en struktureret træning i sociale færdigheder giver lavere tilbagefaldsforekomst.

Klinik for unge med skizofreni blev etableret i Århus Amt i 2001, i forlængelse af OPUS-projektet. I 2008 er organisationen ændret, således at klinikken dækker distrikt Øst i Region Midtjylland. Der er etableret OPUS-teams i Horsens, dækkende Distrikt Syd og i Herning, dækkende Distrikt Vest. Klinik for unge med skizofreni (OPUS) i Århus er desuden etableret som videnscenter for skizofreni i Region Midtjylland.

Målgruppe

Inklusionskriterier:

- Alder 21 - 30 år (inkl.)

- Skizofreni (F20-diagnose)
- Forestående udskrivning, hvis indlagt

Eksklusionskriterier:

- Sammenhængende antipsykotisk behandling i antipsykotiske doser i mere end 3 måneder
- Svær mental retardering

Henvisningsprocedure

Patienterne henvises af speciallæger i psykiatri.

Diagnostiske tvivlstilfælde diskuteres mellem henvisende instans og læge fra Klinik for unge

med skizofreni (OPUS).

Læge fra Klinik for unge med skizofreni (OPUS) kan deltage i den diagnostiske udredning i tvivlstilfælde.

Kontakten mellem primærbehandler og patienten etableres inden udskrivning fra eventuel indlæggelse.

Der indhentes samtykkeerklæring.

Udredning af patienter

Psykopatologisk udredning

Ved forsamtale med OPUS-læge laves der klinisk PSE-interview

Somatisk udredning

Objektiv somatisk undersøgelse inkl. neurologisk screening, vægt og livvidde.

Der tages følgende blodprøver: rødt og hvidt blodbillede, creatinin, Na, Ka, ALAT, lipider, glucose, TSH. Suppleres med yderligere efter behov.

EKG

EEG

Hvis EEG er abnormt henvises til neurologisk tilsyn og evt, til CT- eller MR-scanning

Hvis pt. er i medikamentel behandling, screnes for bivirkninger

Neuropsykologisk udredning

Foretages af psykolog, når pt. er ude af akut fase

Social udredning

Foretages af læge ved forsamtale samt af primærbehandler

Oftest foretages social udredning derefter af kommunal sagsbehandler

se checkliste, bilag 1

Lægelig opfølgning

Lab.tal og EKG gentages hvert halve år.

Metaboliske parametre tages desuden 2 og 12 uger efter start på behandling med antipsykotika.

BT kontrolleres hvert halve år, samt 12 uger efter start på behandling med antipsykotika.
Vægt kontrolleres hvert halve år, samt 2, 4, 8 og 12 uger efter start på antipsykotisk
behandling.
Taljeomfang kontrolleres årligt.

Ovennævnte parametre indgår i checkliste, se bilag 1

Lægesamtale efter behov, men min. hvert ½ år indbefattende
kontrol af ovennævnte parametre
status på psykopatologi
status på bivirkninger vha. skala, se bilag 2
kontrol af, at planlagte undersøgelser er foretaget og fulgt op

se checkliste, bilag 1

Kvalitetsmål og kliniske standarder

Der opstilles kvalitetsmål og kliniske standarder for følgende områder (måles hvert år):

- Kontaktfastholdelse 90%

- Forbedret sundhedstilstand
 - 40% reduktion i samlet HoNOS-score /2 år
 - 30% øgning i GAF-funktionsscore /2 år
- Lavere grad af psykopatologi
 - 50% reduktion i SAPS-score /2 år
 - 35% reduktion i SANS score /2 år
 - 40% forbedret GAF-symptomsscore /2 år
- Lav tilbagefaldshyppighed
 - mindre end 30% af patienter indlagt pr. år
- Lav hyppighed af tvangsindlæggelse
 - mindre end 1% af patienter pr. år
- Undgåelse af suicidier
- Høj brugertilfredshed 50%
- Høj pårørendetilfredshed 75%

Til overvågning af, at kvalitetsmål opfyldes, mødes auditgruppe én gang årligt. Det personale, der arbejder med OPUS-behandlingsprogrammet mødes og gennemgår systematisk opgørelser over ovennævnte parametre. Hvis kvalitetsmål ikke er opfyldt, skal årsager hertil nærmere undersøges og der opstilles foranstaltninger til forbedring af kvalitetsmål.

Følgende vurderingsinstrumenter anvendes:

- **HoNOS** (Health of the Nation Outcome Scale)
 - Skalaen vurderer adfærd, misbrug, psykiske symptomer og problemer, sociale relationer, daglige gøremål, beskæftigelse og hensigtsmæssigheden af den indsatte støtte.
 - Rates hvert halve år.
 - se bilag 3
- GAF** (Global assessment of functioning)
 - Global vurdering af social funktion og symptomer
 - Rates årligt
 - se bilag 4
- **SANS/SAPS** (Scale for the assessment of negative/positive symptoms)
 - Vurdering af graden af psykopatologi
 - Rates årligt
 - se bilag 5

- **Patienttilfredshed** (skema udarbejdet af Service- og Kvalitetskontoret, Århus amt)
Rates årligt
se bilag 6

- **Pårørendetilfredshed** (skema udarbejdet af Service- og Kvalitetskontoret, Århus amt)
Rates årligt
se bilag 7

Primærbehandler og behandlingsansvarlig læge

Når det er besluttet, at en patient skal behandles i OPUS, bliver patienten tildelt en primærbehandler (sundhedsfaglig kontaktperson).

Patienten informeres mundtligt og skriftligt om primærbehandlers navn og profession samt tlf.nr. og e-mail adresse.

Patienten informeres mundtligt og skriftligt om behandlingsansvarlige læge og dennes tlf.nr.

Behandlingsprogram

Elementerne i behandlingen er følgende

1. Kontaktfastholdelse
2. Individuel samtalebehandling
3. Tilbagefaldsforebyggelse
4. Medikamentel behandling
5. Familieinddragelse
6. Psykoedukation
7. Social færdighedstræning
8. Træning i daglige færdigheder
9. Diverse
10. Socialpsykiatriske tilbud
11. Indlæggelse på psykiatrisk afdeling

Alle patienter tilbydes

Kontaktfastholdelse
Individuel samtalebehandling
Tilbagefaldsforebyggelse
Psykoedukation
Evt. medikamentel behandling
Evt. diverse
Evt. socialpsykiatriske tilbud
Evt. indlæggelse på psykiatrisk afdeling

Patienter, der scorer 2 eller mere i HoNOS item 9

Social færdighedstræning individuelt eller i gruppe

Patienter, der scorer 2 eller mere i HoNOS item 10

Træning i daglige færdigheder, afklares evt. med kommunale bo-støtter

Alle familier

Individuelle møder uden patientens deltagelse
Psykoedukation individuelt eller i gruppe
Løbende kontakt med primærbehandler

Patienter og familier, der har kontakt min. hver 14. dag

Flerfamiliegruppe a.m. McFarlane

ad 1. Kontaktfastholdelse

Behandlingen foregår efter opsøgende psykoseteam-modellen:

- Fast kontaktperson i hele forløbet (primærbehandler)
- Opsøgende kontakt ved truende drop-out
- Kontakt i patientens hjem, når dette fremmer samarbejdet
- Kontaktfrekvens ca. én gang ugentlig
- Let adgang til behandler
- Flexibilitet i kontakten

ad 2. Individuel samtalebehandling

- Samtalebehandlingen varetages af primærbehandleren

- Samtalehyppighed 1 gang ugentlig, evt. længere intervaller det sidste halve år af forløbet
- Hyppigere samtaler ved behov

Primærbehandleren har følgende opgaver:

a. Tovholder for social, biologisk og neuropsykologisk udredning af patienten

Evt. udredning af forhold vedr. graviditet og hjemmeboende børn, samt udfærdigelse af underretning til kommunen

b. Opstilling af behandlingsplan i samarbejde med patienten

Formidling af behandlingsplan til patientens praktiserende læge
Revision af behandlingsplan hvert halve år

c. Individuelle, fasespecifikke samtaler

Akut fase (første psykotiske gennembrud eller psykotisk tilbagefald):

- Skabe kontakt og behandlingsalliance
- Støttende samtaler
- Psykoedukation tilpasset pt.'s kapacitet
- Støtte til at tage ordineret medicin
- Hjælp til praktiske gøremål
- Selvmordsforebyggelse

Stabiliseringsfase (psykotiske symptomer er svindende, tiltagende stabilisering, kan vare op til 1 år)

- Fortsat støtte til at følge behandlingen
- Psykologisk støtte til indsigt, accept af ændrede roller
- Selvmordsforebyggelse
- Støtte til realistiske mål for uddannelse og beskæftigelse samt igangsætning heraf
- Psykoedukation, herunder biologisk forklaringsmodel, sårbarheds-stressmodel, tilbagefaldsforebyggelse
- Tilskyndelse til at deltage i gruppeaktiviteter med familie og andre patienter
- Tilskyndelse til sundhedsfremme

Vedligeholdelsesfase (psykotiske symptomer på et minimum)

- Støtte til at følge behandlingen
- Støtte til bedst mulig social funktion
- Tilbagefaldsforebyggelse

d. Monitorering af suicidalfare

e. Behandling af truende psykotisk tilbagefald

- Trin 1:
- Monitorering af advarselstegn
 - Hvordan skal der reageres på ændring i advarselstegn
 - Evt. øge dosis af antipsykotika eller supplere med anxiolytika

Trin 2: - Intensiveret kontakt

Trin 3: - Psykoedukation, stresshåndtering, kognitiv terapi med sigte på de psykotiske og medfølgende symptomer
- Familieintervention

Trin 4: - Indlæggelse

e. Koordinering af alle behandlingstiltag

f. Samarbejde med interne og eksterne samarbejdsparter

g. Fleksibilitet i at følge patienten ud til samarbejdsparter, dagtilbud m.v.

h. Udnyttelse af tværfaglig ekspertise, idet andre faggrupper primært bruges som konsulenter

i. Ansvarlig for kontakt med pårørende

j. Vedligeholdelse af kontakt med patienten under en evt. indlæggelse

ad 3. Tilbagefaldsforebyggelse

- Under individuel samtalebehandling, se pkt. 2.c., samt bilag 8

- Ved patientpsykoedukation, se undervisningsmateriale, bilag 9
- Ved familiepsykoedukation, se undervisningsmateriale, bilag 10
- Ved social færdighedstræning, se bilag 11

ad 4. Medikamentel behandling

Behandling med antipsykotika

- Altid ved positive psykotiske symptomer (HoNOS item 6, score 2 eller mere)
- Forsøges til patienter, der kun har negative symptomer, m.h.p. at mindske disse
- Førstevalgspræparat er nyere atypiske neuroleptika iht. gældende vejledninger
- Behandlingsvarighed ½-1 år efter symptomfrihed efter første psykotiske gennembrud
- Behandlingsvarighed 1-2 år efter 2. psykotiske gennembrud
- Behandlingsvarighed mindst 5 år, hvis der har været flere psykotiske gennembrud

Behandling med andre psykofarmaka:

- Følger sædvanlige retningslinier

Behandling af somatiske sygdomme

- Varetages som hovedregel af praktiserende læge

ad 5. Familieinddragelse

Elementer i familiearbejdet:

Individuelle møder med familien ved behandlingsstart

Manual: se bilag 12

Psykoedukation

Alle familier tilbydes deltagelse i psykoedukationsgruppe

Familier, der ikke umiddelbart tager imod tilbuddet, søges motiveret herfor

Individuel psykoedukation kan tilbydes familier med stor afstand til undervisningsstedet eller hvor andre forhold taler for det

Emnerne for undervisningen kan være følgende:

- Skizofreni, symptomer, årsager, forløb
- Behandling
- Tilbagefaldsforebyggelse
- Familiens reaktioner, håndtering af sygdommen
- Film om skizofreni
- Socialpsykiatriske tiltag, økonomi
- Psykiatriloven

Undervisningsmateriale: se bilag 10

Flerfamiliegruppe a.m. McFarlane

Tilbydes patienter og pårørende, hvor der er en face-to-face kontakt minimum hver 14.dag.

Manual, se bilag 12

Løbende kontakt med familien

Primærbehandleren skal løbende sikre sig, at familien har let adgang til kontakt med ham/hende. For de familier, der ikke deltager i flerfamiliegruppe skal der være en kontakt min. hver 3. måned.

ad 6. Psykoedukation

Individuel psykoedukation af patienter.

Ydes af primærbehandleren. Der lægges særlig vægt på tilbagefaldsforebyggelse, og dette foregår struktureret v.h.a. skemaer, hvor patienten noterer tidlige advarsels tegn, mestringsstrategier, hvor der er hjælp at hente m.v. (Per Borell's "Trin for trin", se bilag 8).

Psykoedukation indgår i de fleste individuelle samtaler.

Gruppe-psykoedukation af patienter

Tilbydes til alle patienter.

Gruppestørrelse: 6-12 patienter

6-8 sessioner à 1½ times varighed

Forslag til emner:

- Skizofreni, symptomer, årsager, forløb
- Behandling
- Tilbagefaldsforebyggelse
- Hvordan håndterer jeg min sygdom
- Film om skizofreni
- Socialpsykiatriske tiltag, økonomi
- Psykiatriloven

Undervisningsmateriale, se bilag 9.

Psykoedukation af pårørende

se under familieinddragelse.

ad 7. Social færdighedstræning

Tilbydes patienter, der scorer 2 eller mere i HoNOS item 9, problemer med sociale relationer.

Gruppe bestående af 6-10 patienter og to trænere

Gruppeforløb over 16 uger

1 ugentlig session på 1½ time

Fysioterapeut deltager de første 6 sessioner

Der trænes indenfor området samtalefærdigheder

Manual: se bilag 11

ad 8. Træning i daglige færdigheder

Tilbydes patienter, der scorer 2 eller mere i HoNOS item 10, problemer med daglige gøremål.

Patientens behov afdækkes af primærbehandler

Ergoterapeutiske måleinstrumenter (eks. COPM, AMPS) kan anvendes

Individuelt tilrettelagt træningsprogram, se bilag 13

Vurdering af behov for bostøtte, efter afklaring med kommunen

Træningen foregår i patientens miljø

ad 9. Diverse

Patienter kan tilbydes deltagelse i kognitiv gruppeterapi, se bilag 14, og i gruppe i sund livsstil, se bilag 15.

Patienterne har samme adgang som andre patienter, der behandles i psykiatrien, til diætist, fysioterapeut mv.

ad 10. Socialpsykiatriske tilbud

Patienterne har samme adgang til socialpsykiatriske tilbud i kommunalt og regionalt regi som andre psykiatribrugere. Disse tilbud kan være bostøtte, boformer, aktivitets- og udviklingscenter, undervisning og arbejde. I Århus Kommune varetages bostøttefunktionen af

særligt team tilknyttet OPUS, socialpsykiatrisk Unge-Team, Lokalpsykiatri centrum.

Sædvanlige procedurer bruges ved henvisning.

ad 11. Indlæggelse på psykiatrisk afd.

Primærbehandler opretholder kontakten med patienten under indlæggelse

Primærbehandler indgår i samarbejde med personalet på sengeafdelingen

Overlægen på den psykiatriske sengeafdeling har behandlingsansvaret

Behandlingsvarighed og afslutning

Behandlingsvarigheden er 2 år.

Efter endt behandling henvises patienten til videre behandling i lokalpsykiatri, hvor der ydes

yderligere min. 3 års opsøgende behandling.

Inden afslutning orienteres externe samarbejdsparter, og der holdes evt. fællesmøde.

Der afholdes 2-3 fællesmøder mellem patient, afgående primærbehandler og kommende primærbehandler. Der tilstræbes en overlapning på ca. 3 mdr.

Familien orienteres af afgående primærbehandler om behandlerskift.

Efter behandlerskift har afgående primærbehandler konsulentfunktion og kan kontaktes af den nye behandler. Ved trussel om ophør med behandling kan den tidligere primærbehandler tilbyde samtale med patienten i et forsøg på at motivere patienten til at fortsætte med behandlingen.

Opgaver i Klinik for unge med skizofreni (OPUS)

- Behandling af patienter indenfor målgruppen fra distrikt Øst, Region Midtjylland

- Kompetencecenter

Forskning indenfor skizofreni

Udvikling af nye behandlingsmetoder

Formidling af viden

Koordinering af behandlingsindsatsen i regionen

Supervisions- og konsulentfunktion

Vidensopsamling og kvalitetssikring