

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/>

- SKAL KUNNE ("se patienten bag sygdommen – ift fx funktionsniveau og et holistisk billede (bio/psyko/social eller ICF), og hvor meget de har at gøre med sygdomsstatusen)
 - o ICF-modellen og journalen (særligt vigtigt, at oplede pt's "problemstillinger" i behandlingsplanen– fx ad 1, ad 2)
 - o Skærpet underretningspligt
 - o "Trappemodellen" og sygedagpenge (særligt de 7 forlængelsesregler) + Kontanthjælp regler + Ressourceforløb/Rehabiliteringsteam
 - o Attester (læge-kommune samarbejde) – og indikation for rekvirering af nye (der spørges til eksamen ind til, om vi behøver flere oplysninger, og hvor vi skal få dem fra)
- Spørgsmål til eksamen (som ikke normalt er lægearbejde)
 - o Ældreområdet (plejeboliger etc)
 - o De 7 muligheder for forlængelse af sygedagpenge
 - o Ressourceforløb og rehabiliteringsteams
- Overordnet tema i eksamen

Holistisk syn på pt'en:

- ICF
- Bio-psyko-social



Er der plads til pt på arbejdsmarkedet?

Forhindringer (soma, social, psyk)

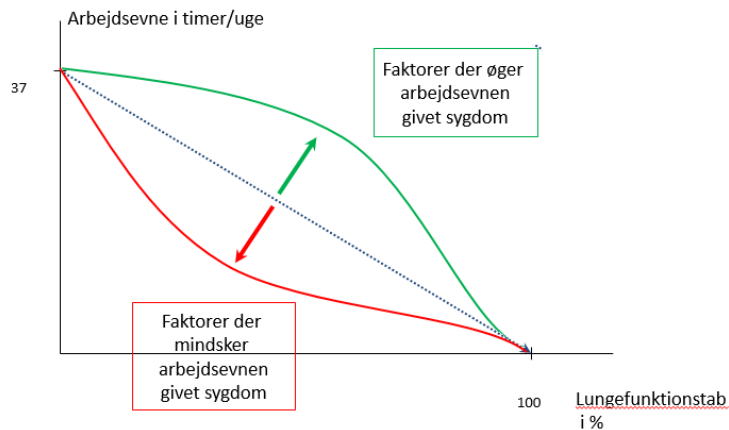
- o ER DER PLADS TIL PT PÅ ARBEJDSMARKEDET? (og hvilke forhindringer kan vi afhjælpe pt med?)
- o HVAD ER DET HELBREDSMÆSSIGE, VI KAN GØRE FOR PT ? (behov for ekstra Tx, Dx?)

Voksne (arbejdsvedligeholdelse) - Socialmedicin og Rehabilitering – teori og journal

Modeller og begreber (ICF + Trappemodellen for ydelser)

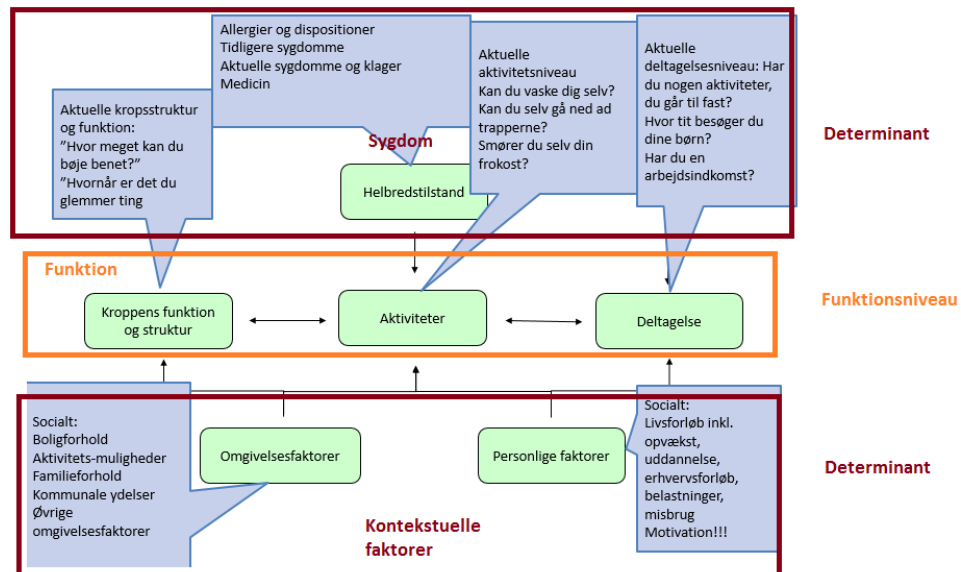
- Det centrale i al socialmedicin
 - o ICF – FUNKTIONSEVNEVURDERING (Før sygdom og efter sygdom) = ICD + ICF = Bio/psyko/social modellen
 - o EGEN LÆGE har unik mulighed for at præge forløbet for pt'en uden arbejde, da denne er den første, der ser pt (Sygemelding er første skridt til udstødning i samfundet) → gå i gang med sociale foranstaltninger så hurtigt så muligt
- Definitioner og terminologi
 - o Socialmedicin og rehabilitering
 - **Socialmedicin (stabil fase):** lægelig praksis, der har til formål, at **bevare/udvikle** et menneskes **funktionssevne** (socialt eller arbejdsmæssigt) **på trods af sygdom**
 - **Rehabilitering (post-akut fase, tværfaglig):** Indsatser, der har til formål at lade den enkelte borger/pt være i stand til at **opnå/vedligeholde** fysisk (Genoptræning), sansemæssigt, interlektuelt, psykologisk og social **funktionssevne = Uafhængighed/selvbestemmelse**
 - Typer
 - o **Fysisk: Genoptræning (GOP = GenOptræningsPlan)** – påkrævet ved lov efter enhver hospitalsindlæggelse (nb: uanset om ydelsen er generel eller specifik, er det aktuelt siden 2007 (kommunalreformen) kommunen, som betaler
 - I) Kommunal ("generel") – oftest bred genoptræning (ældre efter indlæggelse, eller efter ikke-indlæggelseskrævende tilstande, hvor E.L fandt det nødvendigt)
 - II) Regional / Sygehus ("specifik") – hvis pt har særlig organspecifik problematik (fx genoptræning efter AKS)
 - o **Råd og vejledning** (fx ift KRAM-faktorer)
 - o Psykologisk støtte + Kognitivt
 - Indgang: Pt kan enten komme a) via egen læge, b) henvist af kommunen, c) henvist af regionen (efter hospitalsophold = lovpligtigt)
 - Processen:
 - o Udred borgers funktionsevne → opstil mål sammen med pårørende + tidsramme → løbende opfølgning / evaluering
 - o Mishandling
 - Typer
 - Fysisk
 - o Passiv (negligerig / vandrygt: fx ingen mad/hygiejne, vold imod forældre, ej give medicin/vaccination etc)
 - o Aktiv (vold, sexovergreb etc)
 - Psykisk
 - o Passiv (Ignorering, ingen stimulering af børn)
 - o Aktiv (Mobning, trusler etc)
 - Andre / blandet: Sexologisk

○ Funktionsevne (ICF-modellen)



- Essentielle sætning (Diathese stress modellen og ICF): **Forholdet imellem funktionsniveau (herunder arbejdsevne) og sygdom er IKKE stabilt (Sygdom A, giver ikke X mængde invaliditet – forskellige folk har større eller mindre impact af sygdom) → dette illustreres i ICF-modellen**

- Funktionsevne:
 - Dårige faktorer (sygdom giver større problemer): Misbrug, Psykiatrisk lidelse, Sociale omstændigheder (enlig mor, intet netværk, lav uddannelse, isolation), ikke optimal behandling
 - Gode faktorer: Uddannelse og faglig flexibilitet
- Funktionsevne Vs arbejdsevne (Uarbejdsdygtigheds begrebet (som egen læge skal vurdere via attester og ICF)
 - Komplicerende faktorer: **mistet arbejde**, socialt (høj alder, lav uddannelse, lav IQ, lav social kapital/netværk, lavt selvværd), psykiske komorbiditeter, misbrug, høj arbejdsløshed/høje krav
 - Gode faktorer: Viljestyrke, socialt ansvar, kollegiale relationer, økonomisk incitament, overbærende / flexibel arbejdsgiver ("uformelt skånejob" = ok med sygemeldinger, lettelse og omplacering ift arbejdskrav)



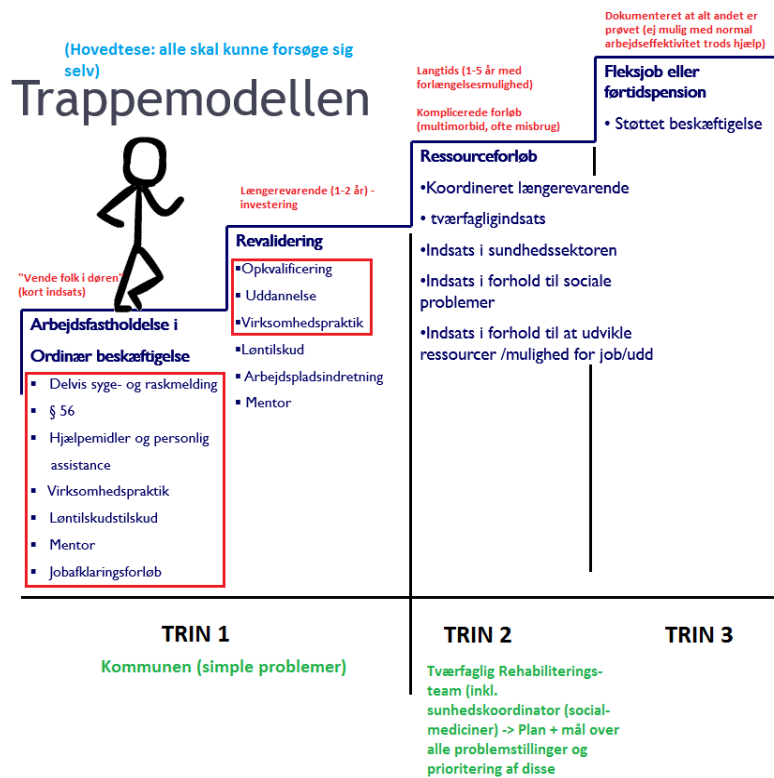
- **ICF-modellen** (DENNE MODEL ER TILGRUNDLIGGENDE FOR DEN SOCIALMEDICINSKE JOURNAL)

FUNKTIONER OG ANATOMI	FUNKTIONSEVNENEDSÆTTELSE
<ul style="list-style-type: none"> • Mentale funktioner. • Sanser og smerte. • Stemme og tale. • Kardiovaskulære, hæmatologiske, immunologiske og respiratoriske funktioner. • Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner. • Kønsorganer, urinveje og forplantning. • Bevægeapparatet. • Huden og tilhørende strukturers funktioner. 	<p>INTET problem (intet, fraværende, ubetydeligt, 0 – 4 %)</p> <p>LET problem (en smule, lidt, 5 – 24 %)</p> <p>MODERAT problem (middel, noget, 25 – 49 %)</p> <p>SVÆRT problem (omfattende, meget, 50 – 95 %)</p> <p>FULDSTÆNDIGT problem (totalt, kan ikke, 96 – 100 % af tiden)</p>

AKTIVTETER / DELTAGELSE	FUNKTIONSEVNEDETSÆTTELSER
<ul style="list-style-type: none"> Læring og anvendelse af viden Almindelige opgaver og krav Kommunikation Bevægelse og færden Omsorg for sig selv Husførelse Interpersonelt samspil og kontakt Vigtige livsområder Samfundsliv, socialt liv og medborgerskab 	<p>Udførelse angiver, hvad en person gør eller udfører i sine daglige omgivelser (inklusive hjælpemidler, boligændringer og assistance ved hjælpeperson)</p> <p>f.eks. hjemmepleje eller anden hjælper.</p> <p>Kapacitet angiver den funktionsevne på et givet i standardiserede omgivelser (fx på træningscenter).</p>
OMGIVELSESAKTIVITETER	FREMMEDE / BEGRÆNSENDE
<ul style="list-style-type: none"> Produkter og teknologi Naturlige omgivelser og menneskeskabte Ændringer i omgivelserne Støtte og kontakt Holdninger Tjenester, systemer og politikker 	<p>Ikke fremmende/begrænsende 0 – 4 %</p> <p>Noget fremmende/begrænsende 5 – 24 %</p> <p>Moderat fremmende/begrænsende 25 – 49 %</p> <p>Stærkt fremmende/begrænsende 50 – 95 %</p> <p>Fuldstændigt fremmende/begrænsende 96 – 100 % af tiden</p>
PERSONLIGE FAKTORER	FREMMEDE / BEGRÆNSENDE
<ul style="list-style-type: none"> Alder Køn Social status Mestringsevne Livserfaring 	

- Essens: (WHO-model, der er skabt pga overstående syn på sygdom (bio-psyko-sociale), som supplement til ICD-10 (kategorisk), der ikke siger noget om funktionsniveau) – modellen er tværfaglig, og er derfor det sprog, vi som læger kan kommunikere til andre faggrupper med
- Opbygningen **Grøn = hvem varetager dette element**
 - I) Funktionsniveau-elementerne (egentlige funktion)
 - **Krop / anatomisk funktion og struktur Fysioterapeut + læge** (konkret anatomisk funktion: "hvor meget kan du bøjge?" (funktionelt), "hvor hurtigt glemmer du" (kognitiv) – dette er oftest på baggrund af determinanten "helbredstilstand"
 - **Aktiviteter = konkrete aktiviteter (ADL = Activities of Daily Living – fx knappe knapper i trøjen, vaske sig etc) Ergoterapeut**
 - **Deltagelse Kommune** (hvorvidt er pt i stand til at deltage i livets meningsfulde events? = Arbejde, besøge børn, fest, faste aktiviteter)
 - II) Determinanterne (kan forbedre eller forværre et givent funktionelt niveau)
 - Kontekstuelle faktorer ("socialt" i journalen)
 - **Omgivelse kommune** (faktorer i miljøet, der har positiv/negativ influens på funktionsniveauet) – fx boligforhold, aktivitetsmuligheder, kommunale ydelser, netværk, støtte)
 - **Personlige faktorer kommune + psykolog** (individuelle ting, ved personen – meget lig "diathese stress modellen" = coping, resiliance, IQ + opvækst, uddannelse, livsforløb, misbrug)
 - **Nb: Særlig vigtigt er motivation**
 - Helbredstilstand **læge** (farma, aktuelle klager etc = journalen – aktuelle, tidligere etc)
- Helheden / anvendelse af pilene (nb: alle faktorer kan påvirke hinanden)
 - Hyppigste vej: Helbred -> krop -> aktivitet -> deltagelse (modificeret af kontekstuelle faktorer)
 - Fx: Pt med KOL (helbred), kan kun trække vejret på ½ kraft (kroppens funktion), hvilket medfører, at han ikke er i stand til at gå på trapper (ADL – MCH og NYHA er typer af ADL), der igen gør, at pt ikke kan arbejde som postbud længere og ej heller gå ture med konen (deltagelse) – Dette modificeres af, at konen støtter ham, og vil han holder op med at ryge og motionerer (omgivelse), samt at han har støtte til medicin og rygestop kursus fra kommunen (omgivelse) >> han er vokset op med forældre, der røg, men er stærkt motiveret for at stoppe, da han gerne vil kunne bære sine børnebørn (personlige)
 - Andre
 - Deltagelse (pt der ikke kommer i fitnesscenter) -> aktivitet (kan pludselig ikke gå på trapper) -> krop (muskeltrofien har gjort, at han ikke kan bevæge sig meget) -> Helbredstilstand (pt har udviklet DM II og hypertension)
- Anvendelse:
 - **ICF MODELLEN KAN BÅDE BRUGES SOM DX (udredning – se journalen), og Tx (hvilke punkter, skal vi reagere på?)**
- **Ydelser og Trappemodellen**
 - Trappemodellen (hierarkisk overblik over kommunens håndtering af "den arbejdsløse pt")
 - **Hovedtese: Alle skal kunne forsøge sig selv (og hvis ikke, skal de hjælpes til dette) – før man i dag kan få flexjob/førtidspension, skal a) alt været prøvet, b) pt har dokumenteret varigt nedsat arbejdsevne som ikke kan afhjælpes (delvist = flexjob, fuldt = førtidspension)**
 - Modellen: opdelt i 3 trin med 4 niveauer, hvoraf delingen mellem trin 1 og trin 2/3 er essentiel, da der her skal et **Rehabiliteringsteam** ind over for at vurdere, hvor trin 1 behandles af kommunen

- Delkomponenterne og ydelserne



- Trin 1 (simple problemer)

- **Arbejdsfastholdelse:** dette trin anvendes lige når pt kommer af arbejdsmarkedet, hvor man **forsøger at vende pt i døren** (da man ved, at jo længere man er sygemeldt, des dårligere prognose) = Følgende ydelser gives for at fastholde pt i arbejde
 - Begreber
 - Parathed: beskrivelse af pt, der er klar (somatisk/psykisk) til at starte i job/uddannelse/aktivering (alt efter alder) teoretisk set – hvis pt stadig ikke er i arbejde, er det enten et motivationsproblem, eller et problem, som ikke er kommet til overfladen
 - I) Folk, der ikke fejler noget: Uddannelsesparat (u 30 år) / jobparate (o 30 år)
 - II) Folk, der fejler noget, og som skal modtage aktiviteter fra kommunen: Aktiveringsparat (o/u 30 år)
 - Ydelser
 - **Skånejob:** Omplacering på jobbet (fx fra fysisk hård til administrativt – afhænger af arbejdsgiver!)
 - Virksomhedspraktik: Pt kan komme i praktik andetsteds
 - Mentor: Pt får en mentorordning, hvis vedkommende bliver fyret ofte eller fx tager kritik til sig meget hårdt (= ikke kan fungere på arbejdsplads – fx Personlighedsforstyrrede/ PF'ere) -> mentoren kan coache pt i disse situationer
 - **§ 56: arbejdsgiver** får betaling for den første periode ("arbejdsgiver perioden" – se herunder), hvis pt bliver syg med sygdom x (men ikke sygdom y). Således taber arbejdsgiver mindre på pt
 - Personlig assistance (fx pt med benproblemer på psykfdeling, så hun ikke kan løbe til akutkald, får "assistent", der skal fungere som pt's arme og ben, og løbe til disse akutkald)
- **Revalidering** (= få pt ud i et andet job – nb: kommunen vil kun uddanne til steder, hvor pt er sikker på at kunne få job, så fx ikke kunstakademiet – dette må pt selv betale for) → nb: helst vil man finde pt en anden stilling indenfor samme fagområde
 - Ydelser:
 - Opkvalificering + uddannelse (kan fx være hvis pt ikke kan være togchauffør pga PTSD, og er nødt til at få andet arbejde = uddannelse til nyt – max 5 år)
 - Forudsætning/indikation: **helt sikker på, at pt kommer tilbage på arbejdsmarkedet** + pt arbejdsevne skal være nedsat pga fysisk/psykisk/sociale åraager (af hvis varighed)
 - Nb: Revalidering er "subsidiær" (2nd line behandling – alle 1st line skal være afprøvet (fx alt oppe i arbejdsfastholdelse/ jobafklaring)

- Trin 2 (**Ressourceforløb** – disse forløb er langvarige, og med udgangspunktet, at det er tvivlsom effekt) – nb: pt har ofte både psyk/bio/socialt problemer (fx misbrug + psykose + børn)
 - Indikation: Pt'er med komplekse problemstillinger (oftest stofmisbrug + sociale problemer etc); helst pt'er <40 år, men evt over 40 år
 - Ydelser: **Tværfaglig + længerevarende** (1-5 år) indsats med **rehabiliteringsteam** (der diagnosticerer og prioriterer pt's problemer), med det mål, at pt skal komme ud på et eller andet arbejdsmarked (men formentlig ikke det normale)
 - Forudsætning: Ved ikke hvad der kommer til at ske (kan gå begge veje)
 - Praksis:
 - I) **Forberedende møde** (pt og kommunale sagsbehandlere taler om, hvad der skal ske videre i planen – dette møde kan ende i alle mulige tiltag (Revalidering, Ressourceforløb etc), alt efter, hvad der er bedst for pt) → besluttet Ressourceforløb, skal der rekvireres om en **LÆ 265** (en slags generel helbredserklæring fra egen læge)
 - II) **Bekræftigelse**: Sagen fremlægges af pt's sagsbehandler for rehab.teamet, sammen med LÆ 265 – *Rehabiliteringsteamet beslutter, om pt skal have ressourceforløb!!!*
 - **Rehabiliteringsteamet**: Tværfagligt sammensat (repræsentanter fra forskellige kommunale områder (sundhed, social, beskæftigelse, uddannelse) + regional sundhedskordinator (læge) + pt selv + sagsbehandleren (der har sidste ord = kommunen har sidste ord, når de er i ressourceforløbet!) → Der rekvireres relevante undersøgelser fra forskellige fagområder (herunder speciallægeerklæringer)
 - **Nb: som udgangspunkt, kan misbrugere ALDRIG få førtidspension** (da man mener, at det er en reversibel tilstand – selvom kun 5% bliver stoffri)
- Trin 3 (**Flexjob eller pension**) = **opgivelse af, at pt kan være på det "ordinære arbejdsmarked"** (trin 1+2)
 - **Flexjob** (man har prøvet alt (trin 1+2)), men pt har dokumenteret **varigt** (modsat midlertidigt) nedsat funktionsniveau – essensen er, at pt ofte arbejder 37 ur-timer, men kun producerer for mellem 2-20 effektive timer (altså en funktionsnedsættelse trods samme tid som andre = flexjob) → nb: der følger specielle flexjob sygedagpenge etc. Pt kan ofte tjene nok til at forsørge sig selv
 - Nb: Man kan få flexjob hvis kun man arbejder få timer ugenligt (med det krav, at der er potentiale for større arbejdsevne senere)
 - **Førtidspension** (pt har **varigt** nedsat arbejdsevne, med effektive timer lig eller nær lig 0 → nb: paradokalt, vil pt ofte når de får tildelt førtidspension, kunne arbejde (lovligt) = dette er godt, og hvis pt overstiger førtidspensionen, tages den midlertidigt fra denne)
 - Nb: pt skal være vurderet i flexjob i ALLE andre erhverv
 - Nb: "åbenbart" nedsat arbejdsevne behøver ikke at køre gennem hele møllen (fx udviklingshæmmede, hjerneskadede, alvorlige lidelser med kort levetid/accelereret forløb)
- Det sociale sikkerhedsnet (forsørgelse af voksne...med henblik på at komme tilbage til at forsørge sig selv) = "forsørgelsen imens man er i "trappemodellen""
 - Ydelserne
 - Midlertidige (hierarkisk, efter hvad, der indtræder først)
 - I) **Arbejdsløsheds-understøttelse** (forsikringsordning) (anbefales til alle, der har job, hvor der kan forekomme arbejdsløshed)
 - Forudsætning: Pt er tilmeldt og betaler til A-kasse (mindst 1 år) – dvs dette er første skridt, når man bliver "uden arbejde" (sygdom/fyret)
 - Varighed: variabelt (ofte 2 år)
 - II) **Sygedagpenge ("dagpenge")**
 - Forudsætning: Syge, som er i arbejde, eller for nyligt har været i tilknytning til arbejdsmarkedet (eller uddannelse) – nb: SKAL være egen sygdom (ikke barnets), der gør pt **uarbejdsdygtig** (verificeret af læge)
 - Revurdering: 22 uger (attest (LÆ 285) efter 8 uger)
 - Varighed: 22 uger (med mulighed for forlængelse)
 - **Krav for at modtage**
 - Syg i 8 uger, kræver LÆ 285 (fra egen læge) = check up
 - Skal have tilknytning til arbejdsmarkedet ("beskæftigelseskrav") – 6 mdr mindst 40 timers beskæftigelse hver mdr
 - Skal være syg pga EGEN sygdom (ej barns)
 - Revurdering efter 22 uger – hvis ej forlænges, overgår pt i **jobafklaringsforløb (trin 1)** i trappemodellen)
 - **Forlængelsesmuligheder (7 stk) – HYPPIGT EKSAMENS SPØRGSMÅL**
 - Trappemodellens trin:
 - **1) Revalidering**: Pt skal med stor sandsynlighed i revalidering (max 6 mdr ekstra, dog ej fastsat)
 - **2) Virksomhedspraktik / arbejdsevne**: behov for at borger gennemfører virksomhedspraktik eller andet for at vurdere arbejdsevne (max 69 mdr forlængelse)
 - **3) Rehabteam sag (trin 2-3)**: Pt's sag er under behandling i rehabiliterings team mhp trin 2 + 3

- 1) Sygdom indtræder ("arbejdsgiver perioden")
 - Ydelse: Variabel
 - Nej: (pt har ikke lov-krav på at få penge af arbejdsgiver, da dette er aftalt via **overenskomst-aftaler**)
 - Ja: Perioden kaldes **arbejdsgiverperioden**, da det reelt er arbejdsgiver, der betaler pt's fravær (eller ikke, hvis ikke overenskomst er aftalt)
 - Varighed: 30 dage
 - Obs: arbejdsgiver har ret til at fyre pt fra day 1 ("**Flexi-curity**" systemet, som vi har i Danmark (men ikke andre lande udenfor nordeuropa – nb: anden etnisk uforståelse)
 - Flexi(bility): Arbejdsgiver ansætter også sygere borgere, da han kan slippe af med dem, hvis de er syge
 - (se)curity: Kommunen er pt's sikkerhedsnet, så de kan komme ud i arbejde igen
- 2) Sygedagpenge
 - Ydelse: Kommunale grænse (efter 30 sygedage, bliver pt "kommunal sag", idet vedkommende kommer på sygedagpenge (pengene gives enten til arbejdsgiver, eller til pt selv)) -> dette er ej den fulde løn (17.000 kr/mdr max)
 - Handling:
 - Start af periode (**der tales med pt om hvad der kan gøres! = nærme sig hinanden**)
 - I) Kommunen sender opfordring til pt om at gå til **egen læge**
 - II) igangsætter en masse andet (opfølgingsforløb = Trin 1 alt efter karakter af sygdommen) (nb: **skal være EGEN SYGDOM (ikke børn eller ægtefælle) og man skal være UARBEJDSDYGTIG (verificeret af egen læge)**)
 - III) nb: **inden 8 uger** fra første sygedag skal kommune have rekvireret om LÆ 285 (attest fra egen læge) – dette mhp opfølgningen (10 uger efter sygdom intræden),
 - 4 uger efter første sygedag (senest): Arbejdsgiver er forpligtet (men gør sjældent) til personlig samtale med pt, om at lægge plan for, hvordan denne kan komme tilbage til arbejde ("fastholdelsesplan" / "motivationsplan")
- 3) Opfølgning (efter 8-10 uger) – **gentages hver 4 uge herefter**
 - Handlig: Kommune skal lave "virksomhedsrettet handlingsplan" (**største problemsygdomme: Ryg, funktionelle lidelser, psyk**) → **vurdere om:**
 - Uarbejdsdygtighed (attest) + behov for behandling
 - Delvis raskmelding
 - Mulighed for aktivt tilbud (virksomhedspraktik, løntilskud, opkvalificering etc)
 - Behov for revalidering
- 4) **Revurdering** (efter 22 uger) mhp forlængelse af dagpenge
 - Handling
 - Forlængelse (de 7 regler – se herover): fortsæt
 - Ej forlængelse: **Jobafklaringsforløb / Rehabilitering** (max 2 år – ligner ressourceforløb (trin 2), bare kortere) → deltager pt ikke i dette, er det **kontanthjælp** (se krav til dagpenge)
- 5) Rehabilitering/job-afklaringsforløb: når borgerens sag kommer over til rehab-teamet, vil en ny "grænse" være brudt, hvor "**sundhedskoordinator**" (regionen – ej kommunen) udreder – dog er det stadig kommunen, der træffer afgørelserne, hvorfor sagerne kan gå i hårdknude ved uoverensstemmelse

Trin 2-3

Trin 1

Sygedagpenge og kontanthjælp

- Socialt lægeligt samarbejde
- Attester f.eks.:
 - Attest til sygedagpengeopfølgning
 - Generel helbredsattest
 - Status attest
 - Specifik helbredsattest
 - Speciallægeerklæring
 - Journaloplysninger fra hospitaler eller speciallæge
- Kommunens lægekonsulent må anvendes

Rehabiliteringsteam

- Ved sager, som skal forelægges rehabiliteringsteam
- Alle oplysninger, som kommune allerede har
- LÆ 265 fra egen læge – obligatorisk
- Regionen - Klinisk enhed
- Sundhedskoordinator

- 6) Flexjob/førtidspension

Det social-lægelige samarbejde (attester)

- Lovgrundlag (essentielt):

○ Tavshedspligt

- Sundhedsloven §40 + 41) – vi kan videregive oplysninger til kommunen (og andre), KUN hvis man har **samtykke ifb behandling** (vidergivelse er til andre sundhedspersoner) –
 - **UDEN SAMTYKKE** (følgende tilfælde er undtagelser, hvor man må videregive oplysninger)
 - I) Akut behandlingsforløb
 - II) Epikriser til E.I.
 - III) Nødvendigt for almen interesse / væsentligt hensyn til pt/sundhedsperson og andre (fx terror, mishandling, HIV) = **VÆGTSKÅLEN** (når tavshedspligten vejer lettere end andres helbred = VURDEIRNG)
 - Nb: §153 + 154 Servieloven – **SKÆRPET UNDERRETNINGSPLIGT** (børn...og ældre)

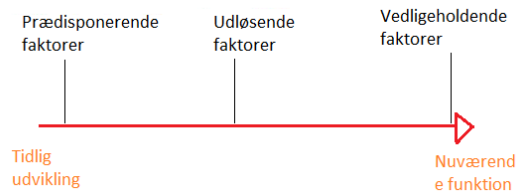
- Almen underretningspligt (§154): alle skal underrette kommune, hvis de mener nogen åbenlyst / tydeligt mishandles
 - Skærpet (fagpersoner som læger) (§153): **MISTANKE** om et barn, der er i en dårlig situation (dvs ikke så groft som mishandlet, men alene a) skolefravær, b) gravide, c) nyfødte der får behov for ekstra hjælp pga forældresituationen (misbrug etc), d) overgreb etc etc) – dette kan også være indirekte ved at vi kender en forælder, der har barn, som fx er skizofren, misbruger, etc, som formentlig IKKE vil kunne varetage noget hjemme
 - Gravide med problemer (særligt obs)
 - Nb: Børn 15-18 år er "mudret" (skal medindrages, men kan stadig overtrumfes)
 - IV) Stedfortræder fra egen læge
 - Sundhedsloven §43 (kommune behandling af sager): **Med pt's samtykke**, kan sundhedspersoner til andre formål end behandling videregive oplysninger (fx hvis kommunen har brug for at vide noget om pt's ICF (funktionsniveau) fra egen læge via attester)
 - **UDEN SAMTYKKE**
 - I) Lovbestemt + væsentlig betydning for myndighedens sag
 - §11 b: hvis intet samtykke, skal sagen behandles på den foreliggende info
 - §11 c: hvis nødvendigt for sagen, kan kravet om samtykke fraviges i sager om
 - Støtte til børn/unge
 - Førtidspension (inkl. frakendelse)
 - II) nødv. for åbenbar interesse for almen befolkningen (som III)
- **Praksis** (<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/socialmedicin/>)
 - Læge -> kommune (foregår via blanketter (tomme attester) og attester (blanket med underskrift – "attesteret"))
 - **1) Blanket/attest-typer** (nb: **kommunal sagsbehandler (dvs ikke sundhedsfaglig) vurderer, hvilken type attest, der skal bedes om i den enkelte pt's sag**) – Nederstående er hierarkisk opbygget (og prismæssigt dyrere og dyrere) efter detaljeringsgrad
 - I) Niveau 1 (pt skal **ikke** møde op)
 - **Oplysning (gratis):** Journal (LÆ 105 + LÆ 115) (fra sygehuse eller speciallæge – Egen læge er ikke forpligtet til udlevering) – ej attest, gratis
 - **Oplysning + Vurdering (ICF + socialmedicinsk prognose) – (< 1000 kr): Status attest (e.l eller andre speciallæger)** (LÆ 125) (egen læge **UDEN** at se pt, udfylder i **lægmandssprog** en **overordnet** vurdering af pt's helbredstilstand + funktionsniveau (ICF) samt en samlet "**social medicinsk prognose**" (kan pt arbejde, og hvornår i så fald?) – nb: lægen må IKKE komme med forslag til specifikke ydelser fx "pt bør tildeles plejebolig" (dette er ikke vores fagområde) – i stedet må vi give bredere beskeder
 - II) Niveau 2 (**Oplysning + Vurdering + aktuel undersøgelse**) – (ca 2000 kr)
 - **Generel helbredsattest (e.l)** (LÆ 145) (som statusattest, men + undersøgelse, så man har aktuelle tilstand) → sygehistorie + fuld objektiv + ICF
 - **Specifik helbredsattest (e.l)** (LÆ 125) (undersøgelse fra egen læge mhp specifik problematik)
 - **LÆ 265** (særlig type generel helbredsattest, før pt skal i rehab-team forløb)
 - III) Niveau 3 (**Oplysning + Vurdering + aktuel undersøgelse fra speciallæge**)
 - **Speciallæge erklæring (speciallæge, ca 10000 kr!, LÆ 155)** (undersøgelse mhp specifik funktionsniveau indenfor speciale – drejer sig ofte om sygdom, hvor man er i tvivl om, hvor meget pt's egentlige funktionsniveau er på ift sygdommen = ofte smerteproblematik (henvsning er oftest til: Rheumatolog, Psykiater, Neurolog)
 - Kommunens ansvar ift blanketten/attesten
 - Kommune sikrer samtykke ("lovhjemmel") + **konkretiserer**, hvilken oplysning de specifikt behøver (læge har ret til at sende dem tilbage, hvis dette ikke er opfyldt eller hvis han ikke har tid – dog: "lægen skal udvise samvittighedsfuldhed", er lovkrav) + **lægen videregiver kun oplysninger relevante for sagen** (tavshedspligten – fx behøver man ikke skrive, at pt har colon cancer, men bare cancer, hvis det ikke for sagen er vedkommende)
 - Hyppige spørgsmål fra kommune (nb: ofte stilles spørgsmålet forkert, så pilen viser, hvad de "egentlig gerne vil vide")
 - I) Diagnose (→ hvordan påvirker lidelsen/diagnosen pt'en)
 - II) Igangværende behandling (→ Aktuel behandling og kan der gøres noget andet/optimeres – noget der er kontraindiceret)
 - III) Prognose/forventninger til helbredelse (→ Nedsætter lidelsen funktionsniveauet = socialmedicinsk prognose)
 - IV) Uarbejdsdygtighed (→ er pt "fuldt eller "delvist" uarbejdsdygtig (varigt) >< skånebehov)
 - Lægelige oplysninger **indgår** kun i "ressourceprofilen" (hvor "helbredstilstand er 1/12 punkter)
 - Er oplysningerne man aktuelt har **friske?** + **Relevante** (nb: vores job som læge er, at FILTERE relevante helbredsklager ift ICF ift ikke relevante)
 - Andre muligheder for samarbejde
 - **2) Telefonisk kontakt** fra kommune til egen læge (når det omhandler småting)
 - **3) Rundbordssamtaler**

Journalen

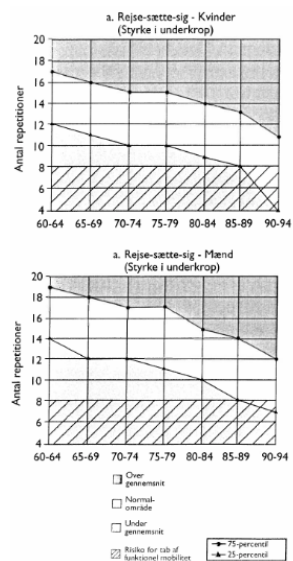
- Essentielt

- Stor fokus på **funktionsniveau (ICF)** og pt's **aktuelle problemstillinger** (fx ad 1, ad 2, ad 3) → udmunder i socialmedicinsk prognose og helhedsvurdering (konklusionen), der med udgangspunkt i **ICF** modellens funktion (krop, aktivitet, deltagelse) og determinanter (sygdom + kontekstuelle faktorer) giver bud på "ydelser" (vi må ikke som læger give forslag til dette, men blot brede forslag til, at der er indikation for "nogen ydelse")
 - **Socialt:** laves ud fra ICF og består af de kontekstuelle faktorer (3 ting: omgivelse faktorer + personlige faktorer + motivation)
 - **Objektivt (soma + psyk):**
 - Soma: skal kun ramme det punkt, som pt kommer med som helbredsklage for sin aktuelle sag
 - Psyk: altid relevant

- CAGE-test + T-ACE
- AUDIT-test
- **Misbrugsanamnese** (hvad, hvor længe, hvor meget, hvorfor) – nb: misbrug er en slags coping for et socialt eller personligt problem
 - Medicin-anamnese (rationel farmakoterapi – særligt ældre)
- III) **Socialt** (de 3 faktorer fra ICF-modellen) = Fakta!!! (ej ”præmorbid psyke” – dette kan evt laves som eget punkt)
 - **Personlige faktorer** (lav evt en tidslinje) =



- Opvækst
- Skolegang
- Uddannelse
- Erhverv (og **erhvervsanamnese** = hvor, hvilken funktion, hvor længe, hvorfor slut?)
 - ”Arbejds-drive” (er man vokset op iblandt arbejdssomme forældre >> kontanthjælpsbrugere? = syn på systemet og ansvarsfølelse)
- Familieforhold
- Netværk
- Coping / Resilience
- **Omgivelsesfaktorer:**
 - Bolig (er pt hjemløs eller har pt sted at bo? Er det tilpasset hendes funktion?)
 - Økonomi (hvordan forsørger pt sig?)
 - Tidligere socialmedicinske foranstaltninger
- **Motivation** (for socialmedicinske foranstaltninger) -> **hvad er det pt SELV gerne vil (forventningsafstemning)** – nb: kan gå begge veje
 - Undermotiveret: Den somatiserende /Funktionelle lidende (gule flag + misbrug)
 - Overmotiveret: De urealistiske ældre, der nægter at komme på plejehjem på trods af svigtende ADL
- IV) **Objektivt**
 - Klinisk
 - **Soma: skal kun ramme det punkt, som pt kommer med som helbredsklage for sin aktuelle sag (pt skal ikke have fuld objektivt) – ved fund bør der henvises til relevant udredning**
 - **Psyk: altid relevant**
 - Tests (ALLE LÆGER SKAL KUNNE UNDERSTÅENDE)
 - **Kognitiv tests**
 - **MMSE** (kognitiv – NB SCREENING ej diagnostisk)
 - **Kropsfunktions-tests**
 - **Timed up and go 2,4,5 (TUG)**
 - Udførsel: pt starter siddende, skal herefter når uret starter, rejse sig op og gå (så hurtigt som muligt, så længe det er sikkert) rundt om kegle (3 meter væk)
 - **Rejse-sætte-sig test**



- Udførsel: pt skal sidde på stol med armene over kors (uden hjælp fra armene), og lave så mange oprejsninger som muligt på 30 sekunder (modificeret test kan anvendes, hvor man anvender armlænene)
- **V) Konklusionen** (VIGTIGSTE OG ENESTE ELEMENT, DER BLIVER LÆST!!!! – alt overstående er bare ”gode point”)
 - I) Sammenfattet selvstændig (dvs på trods af, hvad andre faggrupper måtte sige) begrundelse af pt’s funktionsevne – følgende beskrives kort (**man går via ICF: helbred -> funktionsniveau -> kontekstfaktorer = endelige socialmedicinske prognose**)
 - 1) **Helbredsmæssigt Væsentlige helbredsmæssige pointer** (fx AFLI)
 - 2) **aktuelle Funktion** med udgangspunkt i punkt 1 (funktion: krop + aktivitet (ADL) + deltagelse (arbejde, familie etc)
 - 3) **Socialt: Modificerende/kontekstuelle faktorer (personlige og omgivelser) + motivation**
 - II) **HANDLEPLAN** (opdel pt’s klager som i alle andre journaler – dvs fx: ad AFLI (rp henvisning til kardiolog), ad sociale (misbrugsrehabilitering) etc) + **DIAGNOSER** (tentative)

Journal eksempelt

- **Kort Resume** 43-årig statsløs palæstinenser, opvokset i flygtningelejre i Libanon, vurderes mhp. førtidspension pga. følger efter tortur og øvrige traumatiske hændelser
- **Helbredsmæssigt**
 - Tidl. rask, aldrig hospitaliseret, men fra barnsben af plaget af smerter i bevægeapparatet. I forbindelse med massakre på flygtningelejren i 1995 blev kl. tortureret, og to brødre dræbt. Torturen omfattede shaking, palæstinensisk hængning og slag med stokke under fodsålerne (falanga). Tværfagligt behandlingsforløb på Oasis (behandlingsinstitution for traumatiserede flygtninge) i tiden 2006-2007. Behandlingen omfattede psykiatrisk behandling (antidepressiva), psykoterapi, socialrådgivning og kropsbehandling. Man vurderede at der var tale om en posttraumatisk belastningstilstand med depressive islæt samt dissociative episoder.
 - Aktuelt er pt. fortsat præget af tristhed og opgiveness, koncentrations- og hukommelsesproblemer, søvnforstyrrelser med mareridt, anspændthed, irritabilitet og vredlædighed. Han klager over manglende impuls kontrol, hvilket skaber problemer i forhold til hans børn. Endvidere klager pt. over kroniske smerter i muskler, led og knogler. Der foreligger sluterklæring fra Oasis af 2.7.07 hvori konkluderes at pt. ikke har ressourcer til at matche kravene på arbejdsmarkedet, men at han bør koncentrere sig om at klare sin rolle som far. Endvidere foreligger statusattest fra egen læge af 23.11.09 som understreger de uspecifikke smerteklager fra bevægeapparatet samt det fortsatte behov for behandling for traumatiseringen.
 - *Diagnoser*

Post-traumatisk stress syndrom
Depressiv tilstand
Smerter i bevægeapparatet
- **Socialt** Pt. er opvokset som nr. 5 af 9 i flygtningelejr i det sydlige Libanon. Har gennemført 6 års skolegang og herefter arbejdet i faderens bagerforretning. Efter massakre i lejren i 1992 flygtet til Danmark 1994 og fik permanent opholdstilladelse i 1998. Blev gift 1993 med Syrisk kvinde. Der er fire børn på 4, 7, 11 og 14 år i ægteskabet. Kl. har været arbejdsprøvet i flygtningeprojekt ”Incita” i tiden 2004-5, bl.a. beskæftiget med svejsearbejde. Herfra konkluderes man, at pt. har vanskeligt ved at indstille sig på basale jobkrav, herunder at møde til tiden.
- **Konklusion** 43-årig palæstinensisk flygtning, i Danmark siden 1994, vurderes mhp. førtidspension pga. følger efter tortur. Der er klassiske torturfølger i form af post-traumatisk stress syndrom og depressive symptomer, hukommelses- og koncentrationsbesvær, uspecifikke bevægeapparatssmerter samt familieproblemer. Behandlingsforløb i specialiseret behandlingsinstitution har ikke påvirket symptomatologien i væsentlig grad og konkluderes at pt. ikke har nogen arbejdsevne. Arbejdsprøvningsforløb har tilsvarende konkluderes at pt. ikke kan honorere almindelige jobkrav. Pt. fremtræder svært kronisk invalideret pga. torturfølger. Denne lidelse, i kombination med pt.s flygtningebaggrund og manglende erhvervsuddannelse, stiller sig hindrende i vejen for stort set enhver form for beskæftigelse.
 - Der er behov for yderligere oplysninger i form af aktuelt behandlingspotentiale samt familiesituationen, herunder børnenes trivsel.
 - Det foreslås at der rekvireres en psykiatrisk speciallægeerklæring samt aflægges hjemmebesøg mhp. beskrivelse af familiesituationen. Endvidere bør pt. gennemundersøges for somatiske torturfølger, herunder følger efter falanga, og adækvat smertebehandles.

Journal eksempelt II (Rehab.center)

Introduktion

89-årig kvinde som den (dato) blev overflyttet til Rehabiliteringscenteret med henblik på genoptræning med genoptræningsplan (GOP) fra Helsevang hospital, hvor hun den (dato) blev indlagt på grund af fald i hjemmet, urinvejsinfektion (UVI) og lungebetændelse (pneumoni).

Kort om akter – de har ikke samme betydning her, som ved arbejdsevne eller børnejournal

Anamnese

- Allergier og dispositioner
- Intet at bemærke
- Tidligere
- For ca. 50 år siden fik hun fjernet livmoderen.
- For ca. 40 år siden fik hun fjernet galdeblæren.
- For ca. 20 år siden fik hun konstateret forkalkning af hjertets kranskar med anfald af atrieflimfren.
- For ca. 4 år siden mistede hun synet på højre øje på grund af en blodprop. Har i samme periode fået svækket syn på venstre øje på grund af forkalkninger.

Aktuelle

Indlagt den xxxx efter fald i hjemmet.

Borger har nedsat syn og har høreapparat, som hun hører dårligt med.

Borger har haft balanceproblemer i flere år og er faldet to gange i eget hjem indenfor de sidste seks måneder – senest før aktuelle indlæggelse.

En yngre broder har oplyst, at borger i sin pensionisttilværelse i det store og hele har kareet sig selv, men hendes evne til at klare daglige gøremål i de seneste to år har været aftagende.

(Kroppens struktur og funktion)

Før indlæggelse sansedefekter, svimmelhed og nedsat kraft i ekstremiteter – graden kendes ikke.

Ved overflytning fra sygehus til rehab/træningscenter for xx uger siden havde borger nævnte sanseproblemer, samt universelt meget nedsat kraft.

Urinvejsinfektion og lungebetændelse var behandlet antibiotisk. Der er fortsat behov for trusseindlæg på grund af stressinkontinens.

(Aktiviteter, ADL)

Før indlæggelsen fik hun hjælp af broder til indkøb, tøjvask, rengøring og bad samt gåture udendørs. To måneder før borger blev indlagt, blev broderen indlagt på grund af dårligt hjerte.

Før indlæggelsen fik hun hjælp af broder til indkøb, tøjvask, rengøring og bad samt gåture udendørs. To måneder før borger blev indlagt, blev broderen indlagt på grund af dårligt hjerte.

Ved overflytning fra sygehus til rehab/træningscenter for xx uger siden skulle borger have hjælp til transfer fra seng til stol ved sengen eller stående stilling, påklædning, toiletbesøg og bad.

Efter styrketræning er hun nu selvhjulpne på nær bad, hvor hun skal have hjælp. Går med rollator og er begyndt at træne gang med stok.

Der er ikke mål i akterne for styrketrænings- eller aktivitetsfremgang.

(Deltagelse)

Har gennem årene været musikinteresseret og gået til koncerter og teater. Dette aften i årene før indlæggelse, især efter at hun næsten mistede synet.

Har aldrig været gift, har ikke børn. Hun har god kontakt til yngre broder

Efter overflytning til rehab/træning er borger begyndt at høre musik med høretelefon og kan læse en smule. Har talt i telefon med veninde.

Broderen har besøgt hende en gang efter selv at være udskrevet.

(Øvrige organsystemer)

CNS: Lider af svimmelhed når hun skal op og i gang. Svimmelheden kan udløses ved hurtige hovedbevægelser.

CP: Forkalkede kranspulsårer, forhøjet blodtryk og anfald af atriefibrillen.

GI: Ingen klager.

UG: Stressinkontinent, går med indlæg.

(Medicin)

Ramipril med hjerteinsufficiens

Hjertemagnyl mod blodpropper

Metoprolol med højt blodtryk

Furix vanddrivende

Kaleorid kaliumtilskud

Panodil mod smerter

Tobak: Holdt op for 20 år siden, før det 6-7 cigaretter dgl.

Alkohol: Ringe forbrug, og kun ved festlige lejligheder.

(Socialt)

Barndom/uddannelse: Vokset op med enlig mor og 11 år yngre bror. 7 års skolegang.

Erhverv: Har arbejdet siden afsluttet skolegang. Begyndte som piccoline i reklamebureau, siden forskelligt sekretærarbejde, og arbejde som sådan 22 år i kommunen indtil efterløn som 60 årig.

Økonomi: Har folkepension og tjenestemandspension, ingen gæld.

Bolig: Bor alene i lejlighed på 9. sal med elevator. Der er ikke foretaget boligændringer. Har adgang til altan, som hun plejer at være ude på hver dag.

Tidligere socialmedicinske indsatser: Gik for et år siden til optræning på et træningscenter på grund af balanceproblemer. Havde nogen gavn af det. Fik hjælp til rengøring og tøjvask en gang ugentlig, men opsagde hjælpen fordi den var for dårlig. Broderen hjalp i stedet.

(Objektivt)

Ikke udført generel somatisk undersøgelse.

ET middel, naturlige farver, ingen hviledyspnoe.

Kognitivt: Som nævnt tunghør, men virker orienteret i tid, sted og egne data, svarer relevant på alle spørgsmål, kan ikke huske årstal for fx operationer.

Urskivetest: ikke udført.

MMSE: 21, har let nedsat testresultat for opmærksomhed og regning.

Emotionelt: Emotionelt medsving virker naturligt og borger har neutralt stemningsleje. Angiver at hun kan blive trist ved at tænke på sine høre- og synsproblemer.

Motivation: Virker motiveret for fortsat træning

Fysisk: Eventuelt fokuseret undersøgelse.

TUG 22,9 sek med rollator.

RST: ikke udført

Balance: kan stå uden støtte i 2 minutter.

Konklusion

Diagnoser: Forkalkning i hjertets kranspulsårer, anfald af forkammer-flimmer (Mb. Cordis arterioscleroticus, Fibrillatio atriorum paroxysticus)

Balanceproblemer faldtendens (Vertigo).

Forhøjet blodtryk (Hypertensio arterialis)

Stressinkontinens (Incontinentia vesicæ urinaria)

Vurdering: På grund af sansedefekter på syn og hørelse har borgers deltagelse gennem flere år været aftagende, og hun har i mindre grad kunnet følge med i de interesser hun har haft. Dette har sandsynligvis påvirket borgeren og nedsat hendes aktivitetsniveau med nedsat kraft og øget svimmelhed tilfølg.

Gennem det seneste år har hun haft aftagende PADL-funktion og til sidst ikke været selvhjulp. Hun blev derfor indlagt efter fald i hjemmet.

Efter (xx ugers) stryketræning på rehabiliteringscenteret klarer borger nu PADL-funktioner på nær bad, hvor hun fortsat har brug for hjælp.

Eventuelle objektive mål for fremgang i perioden repeteres.

Hun er således i en bedre position nu end for et år siden (og før indlæggelsen). Borger er motiveret for at gå videre med gangtræning med henblik på at kunne gå med stok (møbelstøtte) i hjemmet og rollator udenfor.

Potentiale: I betragtning af de fremskridt borgeren har gjort i perioden og hendes motivation for at fortsætte, skønnes det relevant at støtte hende i fortsat træning med henblik på, at hun kan nå sine mål. Træningen kan foregå ambulant.

Borger har en god forståelse for sin situation og et godt træningsresultat vil formentlig kunne bremse en brat generel funktionsnedgang.

Yderligere undersøgelser: Faldudredning er ikke foretaget – herunder otologisk vurdering. Også eventuel kardiologisk vurdering med henblik på optimering af medicin, eventuel anden antikoagulationsbehandling. Henvisning af egen læge.

Hjemmebesøg med henblik på vurdering af toilet og badeforhold (samt andet: hjælpemidler, hjemmehjælp).

Andre sårbare / særlige grupper (alder)

Børn (underretningspligt Vs Tavshedspligt)

- Essens

- Alle læger bør kunne:
 - Lytte til børn, eller spørge ind til børn (spørge forældre) = trivsel, skolegang etc
 - Kende til normal udvikling + behov (og genkende afvigelser fra denne, samt risikofaktorer)
 - Genkende og handle korrekt på omsorgssvigt (og lave ordentlig beskrivelse til kommunen)
- Nøgleord:
 - Forebyggelse (forhindre børn får brug for serviceloven) -> opsporing (obs risikofaktorerne – PPR og SSP) -> Tidlig indsats (og med mindst mulig indgriben)
- De gyldne regler om seksuelle overgreb (tommefingerregler) – VI hører kun "toppen af isbjerget":
 - I) Der er **altid flere overgreb**, end der beskrives
 - II) Der er **altid mere alvorlige overgreb**, end der beskrives og **mere omfangsrige/længerevarende** (fx ikke bare penis i munden, men sex, vold etc)
 - III) Der er **altid flere personer involveret**, end pt siger (dvs flere end bare én person, der har forgrebet sig på dem)
- Nb:

- Børn, der har været igennem meget, kan lyde voksne og agere som voksne, men ofte være meget små børn indeni (tag højde for dette!) + børn udtrykker sorg på forskellige måder (fx hvis klassekammerat dør "det kunne også have været mig", lyder egoistisk, men er egentlig udtryk for angst og sorg)
- **Vi må som læger ikke undersøge et barn, der ikke er med den, som har forældremyndigheden (medmindre akut) – ønsker man at distrahere forældre, og tale alene med børn, bør man være smart og distrahere forældre (fx "udfyld det her spørgeskema")**
- Ved børnehenvendelser ("jeg har noget, jeg må fortælle dig, men du må IKKE sige det til andre") -> svær situation, da vi både vil have info, men også respekt for barnet – LØSNING: fortæl barnet, at du meget gerne vil lytte – og hvis der er noget, man er nødt til at høre noget ved, så bliver du nødt til at sige det videre, så barnet kan blive hjulpet (i det lange løb gavner **ærligheden alliancen**)
- **I alle sager om truede børn -> HAV POSITIV ÅND (og vær ikke anklagende, men forstående) – der er en grund til, at de er endt, der hvor de er (ALLIANCEN)**

- Generelt

o RF'ere og epi

▪ Epi:

- 55.000 børn på 1 generation i DK
- Problem: 60.000 børn i familie med alkohol > livstruende sygdom i familie (40.000) > psyk sygdom (30.000) > Fængsel + død + vold/krisecenter (10.000 hver)

▪ RF'ere

- "Truede børn" (Spørg altid dig selv: "hvor er barnet henne i alt det her??")

- o I) **Akutte belastninger** (direkte her og nu) – fx dødsfald, voldsomme skilsmisser, kriminalitet, svage/sent udviklede forældre, mobbede børn, adopterede børn (da de altid har været udsat for traume ifb fjernelse fra primær care-taker)

- o II) **Kroniske belastninger**

- Misbrug i familien (nb: stofmisbrug er ofte MED kriminalitet)
- Svært syge / handicappede forældre (kan være godt, så barnet oplever at hjælpe andre, men an blive problematisk hvis det kun er den syge det handler om)
- Vold/overgreb (se mishandling herover)
- Psykisk syge forældre
- Flygtninge- eller traumatiserede forældre/familier
- Økonomisk/marginaliserede familier

- o Love / regler (rammerne) = ovenfra (store brede love) og ned (I->V) = står på skuldrene af hinanden)

▪ I) Børnesynet (vores fælles "rigtige" fornemmelse af, hvad der er bedst for barnet – kan ofte blive forkert)

- FN 1989: Alle børn har ret til frit at udtrykke synspunkter i alle forhold, der vedrører barnet
- Serviceloven 2007:

- o Skilsmisser: Alle børn skal efter forældreansvarsloven inddrages i sager om forældremyndighed (**medmindre de ikke selv ønsker det = negativ ret, som sjældent anvendes**) → I praksis:

- Statsforvaltningen (første sted man forsøger at løse skilsmissen): Hører efter børn >12 år, og behøver samtykke fra børn >15 år (men kan trumfes)
- Retten (når tingene går i hårdknude, hvilket de ofte gør, kommer sagen i retten – **retten hører ikke på børnene!!! = problem**) – særligt voldsomme skilsmisser er et stort traume

- Barnets reform 2011: Kommunale pligt (se herunder) -> vi behøver ikke samtykke til at tale om børn

▪ II) Kommuner (tilsyn + handler + betaler) = barnets reform 2011

- Tilsyn: Pligt (herunder den skærpede underretningspligt) til at føre overordnet tilsyn med forhold, der har betydning for børn (leveforhold + vilkår) -> gøres via SFO, daginstitutioner, skoler, læger, klubben etc

▪ III) Underretning (hjælper kommunen med deres pligt)

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/paediatric/tilstande-og-sygdomme/socialpaediatric/boernemishandling/>

- Skærpede underretningspligt (fagpersoner som læger) (§153):

- o Essens: **MISTANKE** om et barn, der har **behov for særlig støtte (både aktuelt og i forebyggende øjemed)** – fordi forældre ikke kan løfte opgaven uden hjælp (dvs ikke bare grov mishandling, men også **risikomønstre** for børn (Fx barn med psykisk syg mor, gravid med misbrug etc) = "børn med formodning om vanskeligheder":

- a) Vanskeligheder i skole/samfund eller utilfredsstillende leveforhold generelt
- b) Vordende forældre problemer: gravide med særlige problemer (fx misbrug - se gravide afsnittet) + nyfødte der får behov for ekstra hjælp pga forældresituationen (misbrug etc),
- c) Syge/handicappede børn med særlige behov (som man mistænker ikke får det)
- (d) overgreb / mishandling ("den almindelige underretningspligt") – dette kan også være indirekte ved at vi kender en forælder, der har barn, som fx er skizofren, misbruger, etc, som formentlig IKKE vil kunne varetage noget hjemme)

- o Nb

- **VÆR POSITIV OG IKKE STIGMATISERENDE (forældrene gør ofte hvad de kan og er i en svær position) – fremhæv positive ting (som at de faktisk kom til undersøgelsen, og ikke bare blev hjemme)** → de har taget ansvar ved at komme selvom de ved, at "den er gal" med barnet (= sætter barnets sundhed over deres egen ære)

- **Tavshedspligten** (man skal underrette i henhold til tavshedspligten – dette er dog et såkaldt "værdispring" i loven, hvor man må bryde tavshedspligten "for the greater good" – dog kun i det omfang det er nødvendigt for sagen)

- Anonymitet (det er tilladt at anmelde anonymt, men det bør ikke gøres)

- Den skærpede underretningspligt er kun ikrafttrædende på vores arbejde

- **Forældrene skal som udgangspunkt altid have at vide, at deres situation underrettes (ALLIANCE + TRYHED)** – ofte vil de gerne have hjælp (gode tegn: forældre er selv kommet med barnet til skadestuen med sår) – og kommunen får UANSET agtindsigt (hvis forældrene siger sig imod)

- **Undtagelse:** barnet er akut truet af dette – argumenter for dette og beskriv det i journalen (så kommunen ved det!)
- **Den der underretter har ikke part i sagen** (men...)
 - a) Man skal få en kvittering (inden 6 dage, om at de har modtaget din klage)
 - b) Man kan anmode om at få at vide, om underretningen har ført til undersøgelse (nyt tiltag!)
 - Ring igen, hvis der ikke sker noget (klag til **Ankestyrelsen** om kommunen, hvis det ikke er i orden)
- **Vores underretning er essentiel for at der sker noget (lav den derfor ordentligt!) → der er ingen krav til formen (men gerne skriftlig + efter samtale med forældrene)**
- **Praksis**
 - 1) Mistanke (et barns behov opfyldes ikke af forældrene)
 - 2) Underret forældrene (alliancen) → fortæl om din skærpede underretningspligt ("mistanke") + hvad der sker (kommunen kigger på sagen – er der ingenting, er der ingenting)
 - 2,5)
 - Akut behov for handling (fx fuld moder med tegn på vold på skadestuen med barn ude i ventværelset -> spørg altid: **Har de andre steder at tage hen?** (fx familie eller er der nogen hjemme med dem)
 - **I) Ring til politiet** (med det formål at få fat tlf. nummeret til vagthavende i børne/familie afdelingen ved kommunen – oftest er nummeret ikke offentligt)
 - **II) Ring til børne/familie vagthavende** = forklar problematikken (fx mor beruset + pige på 6 i ventværelset + slag, i hovedet de siger er kattekrads, men det er kl.2 om natten = urolig for at sende barnet hjem) → lad kommunen tage sig af det (**oftest vil de bestille en taxi til pt, og (socialforvaltningens personer vil) vente ved adressen på dem**)
 - Ej akut behov for handling (gå til punkt 3 direkte)
 - 3) Send underretningsattest (laves som udgangspunkt MED familien) – indeholder:



Frederikssund Kommune
Familieafdelingen

Dato: _____	Sagsbehandler: (initialer)	J.nr.: (sagsnummer)	[Afdeling] Fåsthuset Torvet 2 3600 Frederikssund Telefon 47 95 10 00 Telefax 47 95 10 99 www.frederikssund.dk
Underretning vedr.: _____			CVR-nr.: 29 18 91 29 Bank: 2222 – 5899 148 895
<p>C. _____ pår i 9. B på Åbjergskolen. Jeg har i dag undersøgt og talt med ham. Ved denne lejlighed fortæller han at nogle gange (måske et par gange md.) er hans far beruset og opfører voldsomt og skræmmende. Det sker nogle gange til skandaler og vold mellem forældrene, angiveligt aldrig børnene. Når det står på, bliver lillebror sendt op på sit værelse, mens C. _____ går ned på sit i kælderen. Han har ikke andre steder at gå hen, og hun er en meget jævnaldrende ven, ingen voksne at søge fortrolighed eller hjælp ved. Derfor strejfer han også nogle gange ude om natten. I den forbindelse har jeg hørt, han har rodet sig ud i nogle ulovlige handlinger, som politiet, og i vist allerede er involveret i.</p> <p>C. _____ vil gerne væk fra hjemmet, og har aftalt med forældrene at han kan komme på efterskole, men at han skal betale en del af det selv. Det er han så i gang med at spare sammen til ved sit fridagsjob.</p> <p>Derudover er C. _____ svært ovenvægtig; BMI>30 (normalværdien er mindre end 24). Dette problem magter han i hvert fald ikke selvstændigt at gøre noget ved hvorfor en efterskole med idræt og sund kost vil være en god idé!</p> <p>Jeg har aftalt med C. _____ at jeg underretter familieafdelingen om hans situation idet jeg håber, i vil undersøge sagen nærmere og hjælpe ham og familien, hvis der findes behov for det.</p>			Dokumentation Måned til måned: 9.00 – 15.00 10.00 – 18.00 Fredag: 9.00 – 14.00
Med venlig hilsen			
Claus Malte Nielsen Kommunalsagde			

- I) Beskrivelse af barnet
 - Objektivt (symptomer på sygdom)
 - Barnets adfærd/udtryksform (objektiv psykisk (Tegn på fx Tilknytningsforstyrrelser, autisme etc)
 - Vægt
 - Sundhedsniveau (påklædning, renlighed etc -> nb: Tænder (socialodontologi) = < 10 år (forældrenes ansvar) >> >10 år (barnets egen omsorg)
 - Barnets relation til forældrene
- II) Beskrivelse af forældrene (SVÆRT – øjebliksbillede – bemærk dette i underretningen ("dette er blot et øjebliksbillede" >> "jeg kender dem særdeles vel")

- Adfærd overfor personale (nb: kan blive påvirket af en akut situation – forskellige personale synes forskelligt alt efter rolle i samtalen/situationen -> fx vil en akut situation med barn og fader, gøre, at man kan synes faderen er hård og dum)
 - Adfærd overfor barnet (empati, nærvær etc)
 - Misbrug, psykisk sygdom, dårlig begavelse
 - Rådføring (ANVEND ALTID – også bare ved tvivl -> bedre end bagvagten, der ofte vil negligere problemet)
 - Dagtid: Socialrådgiver eller psykolog
 - Nattid (ved akut behov for hjælp, findes der i alle kommuner en sagsbehandler)
- IV) Udredning (kommunen)
 - Praksis
 - 4) Kommunen modtager underretningen (og **visitator** filtrerer reelle sager fra ikke reelle sager) -> Tilkendegiver derefter hvilken grad af bekymring de har:
 - a) Akut bekymret (reagerer ved at tage ud til forældrene, og tale – også midt om natten)
 - b) Sub-akut bekymret (paragraf 50-undersøgelse)
 - §50 (VIGTIG at kunne: "paragraf 50"): Til formål at afklare børns omsorgsrum + ressourcer/problemer + netværk (som udgangspunkt på baggrund af samarbejde med forældrene) -> Udmunder i V (tilbud)
 - Varighed: Må højst tage 4 mdr at udføre (men kan ofte tage længere tid) – må egentlig ikke tage længere end formålet tilsiger (små ting ej lang tid)
 - c) Trivielt problem (ej bekymret)
- V) Tilbud og tvang = de handlinger, som man ud fra I-IV kan tilbyde en belastede familie/barn
 - Serviceloven (**tilbud**): skal ydes til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk/psykisk funktionsevne når **hjælpen i væsentlig grad bedrer situationen** (uanset hvor dyrt det måtte være)
 - Omsorgsydelse
 - Merudgiftsydelse (§41) – til kronisk lidende børn (gives til at forsørge barn ift – familie selv betaler "basisudgiften", og alt det, der koster ekstra for at have det specielle barn (merudgiften) betales af kommunen – fx hvis familie vil på skiferie, betaler de rejsen selv, men fx ekstra ilt til barnet, ekstra særlig mad etc (merudgiften) betales af kommunen – UANSET indkomst)
 - Mad / tøj / medicin
 - Fritidsaktiviteter
 - Børn med særlige behov
 - Kompensation af tabt arbejdsfortjeneste (§42), i fald at barnet er sygt
 - Hjemmebehandling - krav: mor/far skal være den bedste person (bedre end sygeplejerske) + barnet skal passes i hjemmet (= problem: forældre kommer permanent ud fra arbejdsmarkedet – gives sjældent, da "ska være bedste mulighed for barnet")
 - Støtte til daglige gøremål (BUP) = anvendes ofte, så nogen laver mad/vasker tøj for forældre, så de har 100% energi når barnet kommer hjem (fx autistisk barn, der kræver ekstra energi)
 - **Tvang** ("forældre pålæg med handleforpligtelser")
 - Situationer
 - "milde": sanktion (BFY = fjernelse af børnestøtte ydelsen (åndssvagt!) = **bedre at få talt med pt og få alliancen**)
 - Undersøgelse (§51), barnet har krav på medicin / undersøgelse på sygehus (!!! – grey areas: sød far, der nægter at give barn medicin fordi han er bange for væksthæmning (tal med ham) + vaccination) + jehovas vidner gravid kvinde med ufødt barn, der bløder)
 - Klart: Jehovas vidner barn
 - Skolefravær, kriminalitet, alvorlig adfærd eller tilpasningsproblemer (**og forældre ikke vil samarbejde**) ->
 - "alvorlige" (tvangssager):
 - §58: Anbringelse udenfor hjemmet (tvangsfjernelse = oftest frivillig)
 - Midlertidigt <> Permanent

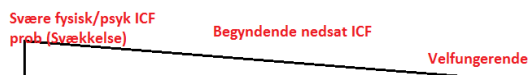
Ældre (plejeboliger etc) – geriatrik tilgang

- Essens ved mødet med ældre (nb: TIDEN er ovre, for ALDERSRACISME – "det er bare et tegn på alder", er noget vi ALDRIG må affinde os med)
 - Vurder ICF **FØR og EFTER sygdom** (reager ved ændringer!!!) -> **Nb: vi skal danne et BILLEDE af pt's funktionsniveau (ICF)**
 - Tænk de 5 D'er (ved ændring i tilstand)
 - Delir
 - Demens
 - Druk
 - Drugs
 - Defekte sanser (deres høre apparat (og andre sanseting))
 - **Tænk altid farmakologi (at fjerne farma er ligeså vigtigt som at ordinere) = DSAM**
 - **SKRIV i akutafdelingen, at DER BØR VÆRE OPMÆRKSOMHED ved indlæggelse på medicinlisten (og ændre i den!) – ej akut opgave, men bemærk det bare**
- Generelt
 - Epi
 - Gennemsnitsalderen: 82 (kvinder), 78 (mænd)
 - Største RF'ere ("the poor old man")
 - Enkemand, lav uddannelse, enlige/ensomme -> høj depression/suicidal rate
 - Aldring

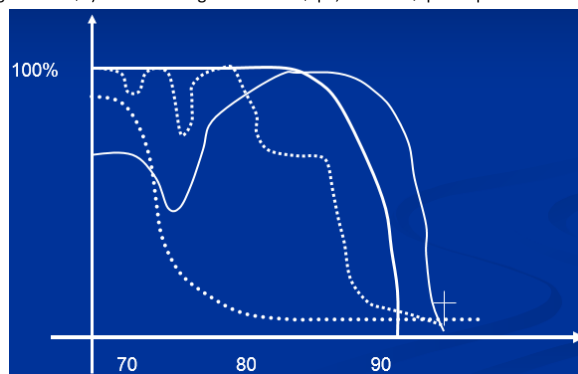
- Ændringer
 - Uundgælige ændringer (aldersassocierede ændringer)
 - **Knogledbrydelse** (afhænger af peak bone mass i ungdommen = TRÆN BØRN TRÆN!)
 - Nedsat muskelstyrke (kan trænes op)
 - Sanserne
 - Fertilitet
 - Lunge/**nyre (farma!!!)** -> 1% fald i nyrefunktion fra 30 års alderen pr år (nb: **kvinder har formentlig mere!**)
 - **Bør man tage højde for senere)**
 - Rynker
 - Undgælige ændringer
 - Gråhårethed, skaletthed
 - Levevilkår (KRAM = **hvis vi ikke anvender vores krop / sind / kognition, så RUSTER VI!**)
 - **Nedsat homeostase** (Alting tager lidt længere tid i kroppen – dvs det tager længere tid at komme tilbage fra sygdom / før behandling virker etc etc)
 - **IQ er protektivt overfor det meste** (også demens)
 - Funktionsevne
 - Hjerne: Får vi ikke demens, så fungerer hjernen godt, men altid tager bare lidt længere tid (fx indlæring)
 - Urinveje: 1/3 over 65 år har urgeinkontinens (Tx: bækkenøvelser (hjælper 1/3))
- Ting at tage stilling til:
 - Vindinger
 - Frihed
 - Tid til sig selv (og andre) (nb: det skal ikke være nogen pligt at passe børnebørn! – bedsteforældre skal gøre, det de vil!)
 - Visdom
 - Oplevelser (rejse etc)
 - Tab
 - Pensionering 65/67 år (man har ikke samme status – tidligere var man "overlæge", nu er man "pensionist" = ligestillet)
 - Relation til ægtefælden (man har været vant til at leve separate liv med hver sit arbejde – nu er man sammen 100% af tiden! = omvæltning)
 - Dødsfald (til nytår spørges der: "hvem skal vi nu til begravelse med i år?" = flere begravelser end bryllupper)
 - Social isolation (nb: **at være alene**, er ikke lig med at være **ensom** – **ensom kan man være i et rum fuld af mennesker!!**) – dette er ej et ældreproblem, men generelt et problem
 - Ensomhed: Subjektivt
 - Alene: objektivt

○ Essentielle pointer ved ældre

- Ældre populationen (fordelt ift ICF)

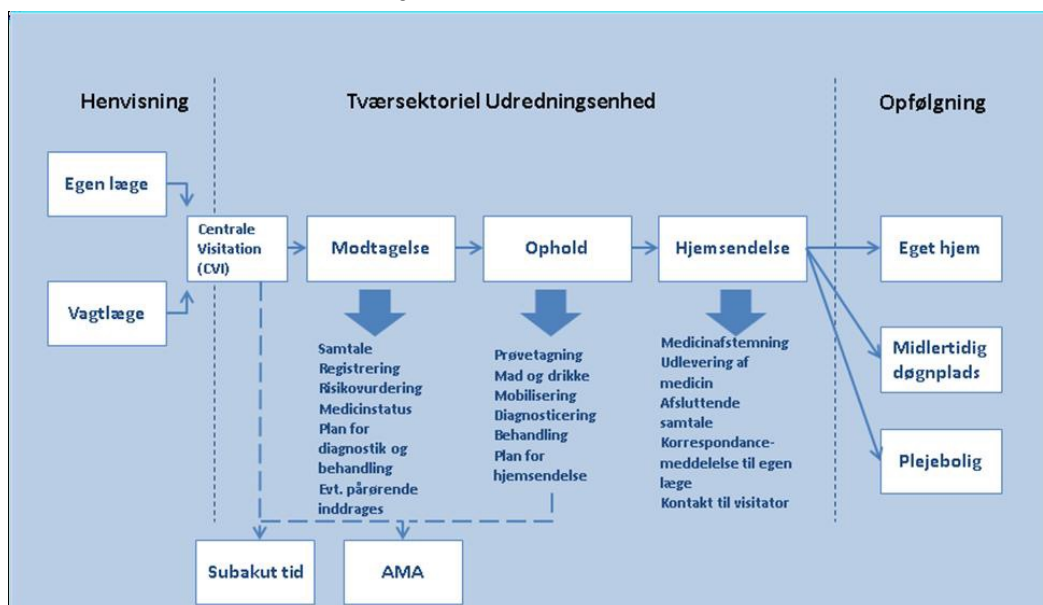


- Gruppe I: Velfungerende (Egen læge)
- Gruppe II: Begynder at "skrænte" (**disse skal vi være opmærksomme på, da der kan gøres noget her**)
 - Tegn: dårligt håndtryk, går mærkeligt etc
- Gruppe III: Svækkede (hospitaliserede)
- Død (og hvor vi dør) – der er mange måder at dø på, men at dø på hospitalet er ikke en nødvendighed



- Nb: **Større stress at dø på hospital (50% gør det)** -> undgå det ved fx
 - Lav livstestamente (hvornår må man genoplive etc)
 - Genoplivningssituationen (tænk!! – til hvilket liv genopliver man?)
- Vejen til vellykket aldring (ICF)
 - I) Fysisk funktion (styrke, udholdenhed, balance)
 - II) Mental funktion (kognitivt og emotionelt)
 - III) Social funktion

- Familie/venner: Familie (familie er godt, hvis det fungerer – ellers kan det være en belastning) + arbejdskolleger (arbejdskolleger frafalder når man pensioneres – man skal ikke tilbage på sin arbejdsplads)
- Økonomi:
 - Folkepension 5800 kr (grundbeløb)
 - Pensionstillæg 6000 kr (enlige)
 - Ældrecheck 1300 kr
- Boliger



- Selvstændigt
 - Ejebolig / lejebolig (nb: **vigtigt, at ældre ikke flytter i ældrebolig uden grund – GØR SOM ALLE ANDRE, og flyt i lejlighed til at starte med**)
- Kommunalt (kommunens visitator tager stilling!) = indikation: nedsat ICF
 - **Typer tilbud**
 - **Ældrebolig:** Ligner (findes i alle kvarterer i landet) og fungerer som normal bolig (borger betaler indskud, som ved normal lejlighed), men har foranstaltninger der er ældrevenlige (fx handicapvenlighed – elevator etc)
 - **Plejebolig (tidl: "plejehjem"):**
 - Indikation: Borger, der har behov for opsyn 24 timer i døgn (oftest pga Demens + BPSD)
 - Indretning: høj kvalitet (DK er bedst i international standard) af indretningen (alle får eget rum etc) – eneste problem er personalet (lav kvalitet, ej uddannet til det oftest)
 - **Praksis:**
 - I dag ligger folk, der venter IKKE på hospitalerne (som tidligere), men NU laves der **midlertidig (pleje)bolig**, som de kan få mens omstændighederne arrangeres for ældre/plejebolig
- Transport (**obs kørekort!** – råd til selv: i stedet for at sige "du må ikke køre" til sin mor, kan man sige "du skal da have nogle køretimer for at opfriske! :D" (og så lader man kørelæreren om at tage kørekortet fra dem!))
 - Nb: vi kan blive dømt, hvis vi ikke tager stilling ved fx apopleksi, epilepsi (hvis pt nægter, skal det tages op med **embedslægen** eller **politi** – vi må ikke længere tage nøglen fra dem (dog "loven om nødret" = straffeloven)
- IV) ADL (kommunen)
 - **Rehabilitering** (nb: mange typer) → nb: man kan komme til rehabilitering via to veje: a) Sundhedsloven (læge vurderer på hospital / egen læge, at der er behov) + b) Serviceloven (kommunen vurderer)
 - **I) Fysisk = GOP (Genoptræningsplan)**
 - Kommunal (generel)
 - Specifik (hospital)
 - **II) Kognitiv (råd og vejledning (KRAM-faktorer) = vigtigst af alt!) + Psykosocial støtte**
 - Hjemmepleje/bolig (se herover for bolig)
 - **Essens:**
 - **1) HVERDAGSREHABILITERING (som med "arbejde" hos voksne, og ressourceforløbet – bare for ældre – tesen: "alle ældre skal kunne klare sig selv, eller have prøvet optræning til det"): alle skal i videst mulige omfang opkvalificeres til at kunne klare sig selv → indførsel af Hverdagsrehabilitering**

(pt'er, man tidligere ville give hjemmehjælp og dermed passivisere dem, giver man i dag "træning" i hverdags ting (fx støvsuge etc) – dette føler de ofte er pinligt, hvorfor **kommunikation** af dette tilbud er essentielt

- 2) Først når punkt 1 er udtømt, må man gå til BUM-modellen

- Udførelse: **BUM-modellen**

- B: Bestiller (**visitor** afgør ud fra ICF af pt) – nb lægen har kun input
- U: Udfører (kommune kan selv eller også udleverer de opgaven om hjemmehjælp til privat sektor)
- M: Modtager (pt)

- Typer hjemmehjælp

- I) Varig (gratis) – via BUM-modellen)
- II) midlertidig (betales selv – er man dog ved at gå væk fra, og i stedet gået over i **Hverdagsrehabilitering**)

- Dx

- Brug det kliniske blik og se ændringerne ift tidligere (FØR OG EFTER SYGDOM)

- Særligt obs

- Træthed (depression? Ensomhed?)
- Utilsigtet væggtab
- Atypiske symptomer (ældre har andre symptomer end yngre på fx AKS etc)
- Komorbiditet
 - Faldudredningen
 - I) Aktuelle skade (Hovedtraume, nyreskade (dehydratio), fraktur, osteoporose etc)
 - II) Årsag til fald (Apoplexi, synkope, vertigo eller andre sanser?)
 - Demens + Delir
 - Tænder (**Tandbyld!** = parodontose skal tx's tidligt med eltandbørste)
- Multifarmaci

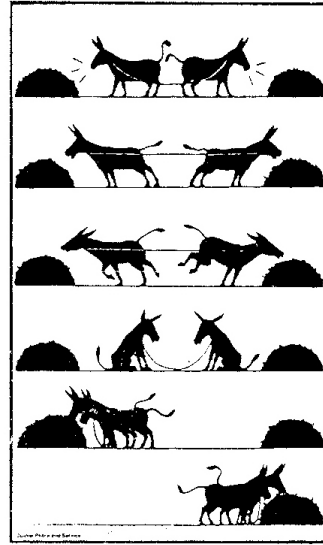
- Tests

- MMSE
- Timed up and go
- Rejse sig sætte sig test

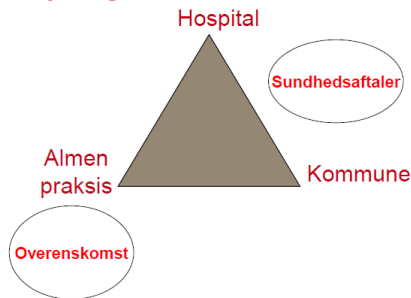
- Tx

	Genoptræning jf. servicelov	Vedligeholdende træning jf. servicelov	Genoptræning jf. Sundhedslov
Formål	Opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitiv, emotionelt og socialt.	Forhindre funktionstab og fastholde det hidtidige funktionsniveau.	Opnå samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitiv, emotionelt og socialt.
Målgruppe	Voksne med funktionsnedsættelse, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse – typisk ældre.	Personer med nedsat fysisk/psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, der har behov for vedligeholdelsestræning.	Personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.
Visitation / henvisning	Kommunen træffer afgørelse efter en konkret individuel vurdering.	Kommunen træffer afgørelse efter en konkret individuel vurdering.	Sygehuset udarbejder genoptræningsplan og kommunen tildele et forløb.
Frit valg	Nej.	Nej.	Mellem bopælskommunens genoptræningsstilbud og andre kommuners genoptræningsstilbud (hvis kapacitet).
Befordring	Kommunen har mulighed for, men ikke pligt til at yde befordring.	Kommunen har mulighed for, men ikke pligt til at yde befordring.	Befordring eller befordringsgodtgørelse for pensionister og patienter, hvis tilstand udelukker befordring med offentlige transportmidler el. hvor afstand til overstiger 50 km.

Det kommunale lovgrundlag



The Bermuda Triangle Styring i sundhedstrekanten



Serviceoven

Fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten

Politisk fastsatte kvalitetsstandarder (serviceniveau)

Visitation
Fx.
Hjemmehjælp
Genoptræning

Sundhedsloven

Fastsætter kravene til sundhedsvæsenet

Fagligt fastsatte kvalitetsniveauer

Tildeling
Fx.
Sygepleje
Genoptræning

Sårbare grupper (uafhængigt af alder)

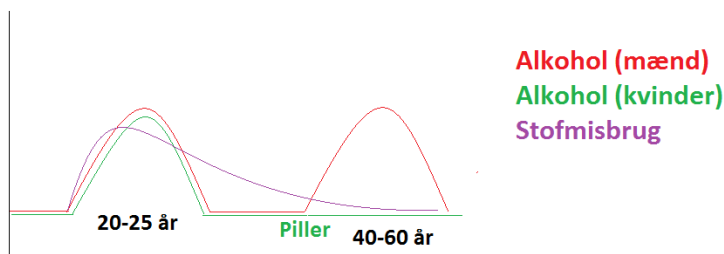
Misbrugere og hjemløse

- Skadestuen og marginaliserede borgere (nb: de fleste marginaliserede borgere passer ikke ind i vores sundhedssystem, da de ikke har kontakt til e.l. (90% har ikke kontakt/kan ikke tale med denne) – løsningsordene på mødet med disse borgere i sundhedssystemet er:
 - o I) Kontinuitet på det personlige plan (samme person, der ser dem, så de får tillid) → Alliance + kontakt!
 - o II) Social/Sygeplejerske (findes nu på hospitalerne, og bør kontaktes, ved ethvert hospitalsbesøg med hjemløse/marginaliserede borgere) → alternativt bør man tage kontakt til forsyningshjemmene / de sociale tilbud som findes i regionen (spørg den hjemløse, hvor denne hører til, og ring og sig til dem, at de skal sørge for, at han får den medicin du har udskrevet til denne – optimalt, får han behandling til en del dage med i hånden!)
 - o III) Behandle dem, hvor de er (hvis de ikke vil komme til os, må vi komme til dem!) (Øg compliance, ved at spørge, hvad de kan medvirke til, og hjælp dem med det, man kan)
 - Undlad at have samme forventning til behandlingen, som til andre pt'er
 - Nb: det tager 5-10 år at blive marginaliseret i DK (etniske danskere) >> ikke etniske danskere (andre rettigheder) tager 5-6 mdr!

Misbrug

- Essens:
 - o Misbrugsproblematikker er IKKE det eneste ved patienten – tag en holistisk tilgang
 - o Misbrug kan ses som en "copingstrategi" – således har mange misbrugere et drug til enhver lejlighed (præstation = benzo, bytur = ecstasy etc) → denne "liquid courage", må man prøve at få omvendt via kognitiv adfærdsterapi
 - Nb: misbrugere har derfor også en holdning omkring sundhed/livet, at de "bare skal have en pille for at få det til at gå væk", og derfor bliver de aggressive overfor læger / pressende, når vi ikke vil give dem det
 - Nb: **Konfronter** misbruget i pt'en (de bliver sure, men respekterer det) → har behov for struktur og rettesnor (særligt i kognitiv dårlige fase de første 3-4 mdr efter stop af misbruget)
 - o Recidiv er reglen (kun 5% bliver varigt stoffri, ved massivt misbrug – kræver ændring af rammerne og alt andet)
 - o Kommunen/regionen (os) har pligt til at vaccinere/udrede ALLE med risikoadfærd (dvs: "blodkontakt") – op imod 90% har hep C
 - o FAMILIETERAPI er essentielt (Dx + Tx af pt kræver familien)
- Generelt
 - o Formelle rammer / lov

- §101 Serviceloven: Kommunen SKAL stille behandling til rådighed (inden 14 dage), når pt med misbrugsproblem kommer og vil have hjælp (centrene er ofte selvvisiterende, så behøver ingen visitation + pt'er har valgt imellem privat >> kommunale tilbud – men fortolkning af reglen varierer (fx København nægter at visitere til andet end kommunen))
 - Nb: stk 7: ny regel, der kommer fra 1.juli 2015 = **anonymitet** mulighed for stofmisbrugere (tidligere kun for alkoholikere)
- §142 Sunhedsloven
- Epi
 - Misbrugstyper

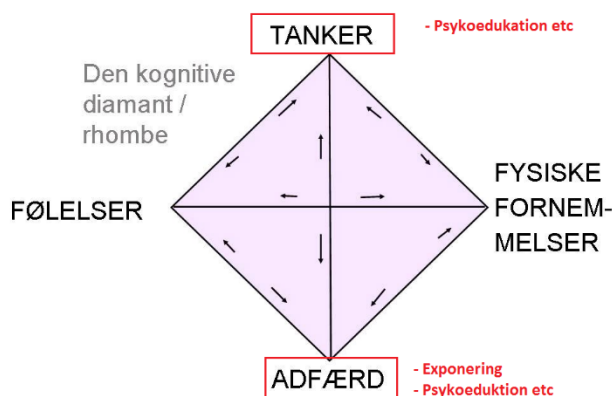


- Heroin på vej ned >> kokain, ecstasy, cannabis på vej op
- Forbrug
 - Alkohol
 - Mænd: pukkel ved 20-25 år + pukkel ved 40-60 år
 - Kvinder: pukkel ved 18-20 år – bruger i stedet piller (benzo etc) – resten af livet
 - Stofmisbrug
 - Ungdommen er peak (men der ses muligvis større forbrug ved ældre i fremtiden)
- Antagelser
 - 10 % af stofmisbrugere er selvforsørgende
 - Alkoholiker gennemsnitsalder er 44 år (drukket i 20 år før dette)
 - 1/3 af alle stofmisbrugere har psykisk lidelse
 - 90% af IV misbrugere har hep C
- Dx
 - Vigtigste spørgsmål
 - Alkohol screening: har din familie eller omgivelser nogensinde klaget over dit forbrug? (= bedste indikator!!)
- Tx (misbrugscenter)
 - Principper
 - Tips
 - Compliance er 20 %, recidiv er 70 % (**opret alliance med pt** = "fortæl mig, når du ikke gider det her mere – hvad skal vi så gøre?")
 - Nb: pt orker ofte ikke bedste behandling (men giv så næstbedste eller tredje bedste!)
 - Kodeord ved misbrugere: Omsorg + fleksibilitet + rummelighed + humor
 - Behandlingsgrader (3 grader (I-III) = 2 patient typer (1+2) → afhænger af **motivation** ("hvor er pt henne i forandringscirklen")):



- 1) **Behandlingsklare pt'er** (ønsker at blive fri for misbrug)
 - I) Kurativ misbrugs behandling (Kur: således pt falder udenfor ICD-10 kriterierne >> dimensionel tilgang?)
 - 50% holder op inden 1 år af sig selv (dog handler det meget om pt'en selv = ICF)
- 2) **Stabiliserings pt'er** (har misbrug som identitet, eller orker ikke at blive helt af med det – anvend evt §99 med opsøgende arbejde for at finde dem)
 - II) Symptomdæpende behandling (samtaler, anti-craving midler etc)
 - III) Palliativ behandling (når der ikke er noget at gøre – lindrende behandling)

- Behandlingsfaser
 - Fase I: **alle pt'er der kommer ud af et misbrug er kognitivt forstyrret i 3-4 mdr** (derfor skal fase I altid være "stabilisering" = **Struktur!** (ingen psykolog samtaler etc))
 - Fase II: Alle behandlingstilbuddene
- Behandlingerne
 - Medicinsk
 - Vaccine (hep A + B)
 - Indre Uro: Truxal (1. gen antipsykotika) – ofte hash etc
 - Substitutionsbehandling og abstinensbehandling
 - Heroinmisbrug (subst. Behandling -> formål: a) sikre bedre funktionsniveau (så de ikke skal tænke på at stjæle/ få det andetsteds), b) nedsat infektion/kriminalitet, c) stoffrihed)s
 - Buprenorphin (10%) (1. valg, hvis man har et "rent blad", der aldrig har været inde før) – max dosis 32 mg
 - Methadon (90%) (ingen faste regler, misbrugere kan tage meget mere end normale – normale vil OD på >20-30 mg – misbrugere starter på 30 mg og trappes 10 mg op pr tidsenhed (ofte uge) – intet loft for dosis, men max er ofte omkring 120 mg)
 - Praksis: gives for at pt undgår de ekstremt ubehagelige abstinenser (som dog ikke er lethale) – i teorien skal de trappes langsomt ned når de er kommet i niveau med abstinenserne
 - Biv: obs langt QT
 - Heroin (kontroversielt – får ikke folk ud af misbrug)
 - Alkohol (se andre slides)
 - Abstinensbehandling + Vitaminer (se psyk note)
 - Campral (nedsæt craving), antabus (negativ reinforcement)
 - Psykologisk
 - Kognitiv adfærdsterapi** ("at tage stoffer er coping – disse skal brydes/lære nye strategier") = se det fra deres virkelighed (de tænker på det hele tiden – sæt fx billede af datter op foran fixerrummet)
 - Kognitive diamant**



- **Forandringscirklen** (se den under motivation herover)

Hjemløse

- Essens:
 - Hjemløsheden er sjældent eneste problem (misbrug, psykisk sygdom, sociale problemer etc)
 - De skal have et sted at bo, før man kan arbejde med underliggende problemer (**STABILITET**) – stedet at bo skal fås via INTENSIV og RIGID indsats, da de behøver struktur og at have nogen i hånden (som en slags SKP – støtte/kontakt person)
 - Nb: ny teori, som bryder med "trappetrinstantiategangen" som tidligere var fremtruffende (pt'er skal have job før de kan få bolig)
 - De fleste kan komme ud af deres hjemløshed
- Generelt
 - Def ("hjemløse"): person, der ikke har egen bolig/værelse (+ dem på opholdssteder / i midlertidige boliger) + **pt skal have andre sociale udfordringer** (derfor er studerende ikke "hjemløse", men blot "midlertidigt hjemløse") = **Hjemløsheden er sjældent eneste problem (misbrug, psykisk sygdom, sociale problemer etc)**
 - Typer
 - Faktuelle hjemløse (de, der faktisk er hjemløse)
 - Funktionelle hjemløse (pt med VF'ere hjemme ELLER organized crime flytter ind ved denne svage person → pt tør ikke være hjemme, og bor derfor effektivt på gaden, selvom de har adresse)
 - Epi
 - 50% af hjemløse er under 30 år i København
 - 6000 hjemløse i hele DK – forskellig population (generelt 80% dansk etniske, men i KBH er der flere indvandrere) (gadesovere = 600 = 10%) → de fleste bor på §110 eller couchsurfere)
 - Sygdom:
 - Psyk: 2/3 har misbrug, 1/2 psykisk sygdom, 1/3 har misbrug + psykisk sygdom
 - Soma: Dør 20 år tidligere en gennemsnittet
 - RF'ere for at blive hjemløse
 - Psykisk sygdom + misbrug

- Socialt
- Tx (Lars benjaminsen – mr homeless)
 - **Housing First Metoden** (hjemløse skal have intens + Tages i hånden behandling + skal bo i "normalt område" (komme ud af miljøet) → hvis ikke denne metode anvendes, så falder de fra ("føler sig ikke tilpas, i deres nye bolig – bl.a. pga deres psykiske sygdom") = Tung negativ spiral (bor nyt hus, akkumulerer gæld, flytter ud x flere og får så mere og mere gæld)
 - Metoder til bostøtte
 - ACT: opsøgende teams
 - ICM: Støtte (person der intensivt støtter pt med løn, regninger etc) – skal være uendelig (så længe det behøves = må ikke slippe)
 - CTI: Critical Time Intervention (9 mdr) – godt til pt'er i overgangsbeløb (fx lige kommet ud af fængsel til gaden)
 - Prognose med housing first = 9/10 holder deres bolig
 - **Social handleplan** (§101 serviceloven) – vi kan som læger på fx skadestuen rekvirere en LÆ 165, og bidrage til dette, hvis vi mener en pt har brug for social hjælp
- Etniske grupper (tortur, PTSD, kulturelle forskelle, forståelseevne i det nye samfund + koordinering i sundhedssystemet)
- Gravide
-