

# **Standarder for forløbet for patienter med depression**



# Indholdsfortegnelse

Standarder for forløbet for patienter med depression - baggrund .....	4
Hvad er depression, og hvordan foregår udredning og behandling? .....	7
1. Hos praktiserende læge .....	10
2. Hos praktiserende speciallæge .....	14
3. I den ambulante psykiatri .....	17
4. I hospitalspsykiatrien.....	20

# Standarder for forløbet for patienter med depression

## Baggrund

I overensstemmelse med regionens kvalitetsstrategier på psykiatriområdet og sundhedsområdet er det et mål at sætte fokus på det sammenhængende patientforløb, dvs., at der skal arbejdes med at skabe mere veltilrettelagte og sammenhængende patientforløb, uanset om det drejer sig om det korte ambulante besøg på skadestuen eller om den kronisk syge patient med sammensatte behandlings- og plejebehov.

Det drejer sig om at skabe sammenhæng, dels i form af et tæt samarbejde mellem praktiserende læge, sygehus og kommune, og dels internt på sygehusene. Der skal således være fokus på patientens vej gennem sundhedsvæsenet fra det første besøg hos den praktiserende læge – over henvisning, indkaldelse, udredning, behandling, pleje og udskrivning – til den videre opfølgning i den kommunale sektor og i praksissektoren. De sammenhængende patientforløb anses for at være afgørende for den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet.

For at opnå et sammenhængende behandlingsforløb og forbedret behandlingskvalitet er det nødvendigt med et optimalt tværsektorielt og tværfagligt samarbejde mellem alle de instanser, som patienten kommer i kontakt med. "Shared Care", forstået som integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorer, har i høj grad været inspiration for udarbejdelsen af standarderne i patientforløbsbeskrivelsen - uden at begrebet "Shared Care" er nævnt direkte i de enkelte standarder.

Patientforløbsbeskrivelsen for patienter med depression retter sig mod alle aldersgrupper, herunder også børne- og ungdomspsykiatriske patienter med depression.

## Grundlaget for patientforløbsbeskrivelsen

1. "Patientforløb i Århus Amt", september 2003.
2. "Diagnostik og behandling af depression i almen praksis", DSAM, november 2003.
3. "Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter", rapport fra en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin, november 2004.
4. "God klinisk praksis, Depression", State of the Art, april 1999, fra Kvalitetsudviklingsudvalget i Århus Amt og Lægemiddelrådet.
5. "Rapport fra arbejdsgruppen vedr. Shared Care", Psykiatrien i Århus Amt, april 2005.
6. "Råd og vejledning til patienter og pårørende om depression", Århus Amt, august 2003.
7. "Referenceprogram for unipolar depression hos voksne", Sundhedsstyrelsen 2007.
8. Patientforløbsgruppen vedr. depression bestod af:

Cheflæge, dr. med. Per Jørgensen, Regionspsykiatrien; praksiskonsulent, praktiserende læge Jens Rubak; praksiskonsulent, praktiserende læge Lene Agersnap; overlæge Erik Pedersen, Regionspsykiatrien Herning; overlæge Steen Straarup, Regionspsykiatrien Viborg (blev erstattet af afdelingssygeplejerske Kim Jensen); distriktspsykiatrisk sygeplejerske Anna Kirstine Goul, Regionspsykiatrien Skive; overlæge Poul Videbech, projektsygeplejerske Jette Cortnum, Regionspsykiatrien Randers; overlæge Maiken Andreasen, Distrikt Øst; overlæge Inger Brødsgaard, Distrikt Syd; ledende sygeplejerske Bente Pedersen, Distrikt Syd (blev erstattet af ledende sygeplejerske Winni Abildgaard); praktiserende læge Henrik Nordentoft (Øst); praktiserende læge Tommy Stolz Olsen (Vest); formand Knud Kristensen, De 9 - Foreninger for pårørende til psykisk syge i Midtjylland.

Praktiserende psykiater Niels-Anton Rasmussen, indkaldt specielt til afsnit 2 "Hos praktiserende speciallæge".

Sekretariat: konsulent Lars Rasmussen og konsulent Eva Tersbøl, Center for kvalitetsudvikling.

Patientforløbsgruppen har afholdt to arbejdsdage i perioden oktober 2007 – april 2008.

## Vedr. standarderne om henvisninger og epikriser

Standarderne om henvisninger og epikriser bygger delvist på "Rapport fra arbejdsgruppen vedr. Shared Care," Psykiatrien i Århus Amt, april 2005.

## Et udvalg af litteratur om depression, som er relevante for patienter og pårørende (udvalgt af PsykInfo, Århus):

1. "Depression: en bog til trøst og forklaring", Finn Abrahamowitz, 2. udgave, København: Høst, 2001.
2. "Beretninger om depression", Jan Andreasen & Anna Louise Stevnhøj, København: Gad, 2003.
3. "Depression – en folkesygdom", Carl J. Brandt et.al., Nærum: Orium, 2002.

4. "Depression: Symptomer, årsager og behandling", Jes Gerlach (red.), København: Psykiatrifondens Forlag, 2006.
5. "Lykketyvene: hvordan man overvinder depression", Torkil Berge og Arne Repål, Virum: Dansk Psykologisk Forlag, 2005.
6. "I en kælder sort som kul-: om en depressionens rum og ansigter", Jens Chr. Meldgaard, Valby: Unitas, 2002.
7. "Den nære afstand: at være pårørende til en depression", Jens Chr. Meldgaard, Frederiksberg: Unitas, 2006.
8. "Værd at vide om depression", Frederiksberg: Landsforeningen SIND, 2001.
9. "Et sted findes glæden: for dem, som lider af depression", Ben Furman og Jussi Valtonen, København: Hans Reitzel, 2002.
10. "Unge og depressioner", København: Depressionsforeningen, 2001.
11. "Teenagedepressioner – ung, træt og trist", Vejle: Kroghs Forlag, 2006.
12. "Unge voksne og depression", Depressionsforeningen, 2007.

For børn:

13. "Da mor græd og kom på hospitalet", Christina Bredstrup og Jette Andreasen, København: Høst, 1999.
14. "Mor er ked af det", København: Landsforeningen SIND, 1996.

# Hvad er depression, og hvordan foregår udredning og behandling?

Depression er både en alvorlig og en forholdsvis hyppig sygdom. Mere end 150.000 danskere lider til enhver tid af depression. Verdenssundhedsorganisationen har placeret depression på 4. pladsen over de 10 sygdomme i verden, som giver anledning til det største tab af livskvalitet og af leveår. Hvis sygdommen ikke behandles, varer den typisk mellem et halvt og et helt år, hvor den gør den syge ude af stand til at arbejde, hvis ikke den ligefrem driver ham eller hende ud i selvmordet, hvilket sker i omkring 8 % af tilfældene. På det samfundsmæssige plan er det estimeret, at udgifterne til bl.a. tabt produktivitet, sygemeldinger og andet udgør over 10 mia. danske kroner om året. Heraf udgør udgifterne til behandling en meget lille del.

## Symptomer og forløb

Hovedsymptomet ved depression er det forsænkede stemningsleje, men dette symptom er ikke obligat. Svær træthed eller fravær af evnen til at føle glæde over ting, man plejer at glædes ved, er andre kernesymptomer. I tillæg hertil optræder forskellige ledsagesymptomer, som kan variere fra person til person og fra fase til fase.

Depressionen kan starte snigende eller pludseligt, men når den først er fuldt udviklet, er symptombilledet nogenlunde konstant bortset fra eventuelle døgnsvingninger. Den depressive opfatter ofte ikke selv tilstanden som en sygdom, men snarere som en reaktion på livets vilkår i al almindelighed. Faktisk søger kun halvdelen læge på grund af symptomerne.

Den depressive grundstemning præger tankeindholdet. Det drejer sig om en fortvivelse, som ikke kan lindres – ikke en sorg, men en følelse af tomhed, glædesløshed og håbløshed.

Det depressive tankeindhold beskæftiger sig ofte med karakteristiske temaer. Det kan dreje sig om selvbekrejdelse og skyldfølelse eller manglende tro på, at det nogensinde bliver bedre. Evt. plages patienten af angstfyldte bekymringer om, at der skal ske familien noget. Håbløsheden og forpintheden kan ofte føre til selvmordstanker, selvmordsforsøg og evt. fuldbyrdet selvmord.

Andre typiske symptomer er den psykomotoriske hæmning samt kognitive symptomer. Personen får svært ved at udføre vante opgaver, disse kræver mere anstrengelse, og der optræder koncentrationsbesvær og hukommelsesbesvær. Nogle depressive er agiterede med indre uro og rastløshed, hvilket øger suicidalfaren. Tilsvarende ses, når der i tillæg optræder angst, enten i forbindelse med udtalte bekymringer eller som egentlige panikanfald. Fokuserer lægen udelukkende på angsten kan depressionen blive overset.

Den første depression optræder hyppigst i 30-års alderen, men kan dog komme når som helst. Over halvdelen af patienterne oplever mere end én depression i deres liv,

og en del oplever adskillige faser. Hos 10-20 % af patienterne synes tilstanden at tage et kronisk forløb. Den første depressive episode er ofte provokeret af et psykisk traume, men ved efterfølgende episoder er det som om, der skal mindre og mindre til at udløse depressionen. Depressionen antager således efterhånden skikkelse af det, der tidligere blev kaldt en endogen depression.

## **Diagnosticering**

Diagnostikken bygger på interviewerens vurdering af tilstanden ud fra det kliniske billede og sygehistorien. Det er derfor væsentligt at beherske en god interviewteknik. Patienten bør som minimum udspørges om alle kriterierne, der indgår i ICD-10 diagnosen, men en rating scale (som fx Hamiltons depressionsskala) bør også anvendes, da man derved dels kommer omkring alle de væsentligste symptomer, dels får et kvantitativt mål for depressionens sværhedsgrad.

Det er vigtigt at være opmærksom på andre tilstande, som kan give et depressionslignende sygdomsbillede, men hvor det i virkeligheden drejer sig om en anden sygdomstilstand.

Der findes således både psykiatriske og somatiske differentialdiagnoser.

## **Generelt om behandling**

Når diagnosen depression er stillet, vurderes dens sværhedsgrad og ud fra denne vælges behandlingen. Lette depressioner behøver ingen specifik behandling, men kan ses an evt. med støttende samtaler. Ved moderat og svær depression behandles almindeligvis med antidepressiv medicin, men alle patienter med depression bør have en form for psykoterapi eller samtalerapi tilrettelagt efter patienten og depressionens sværhedsgrad.

Det er veldokumenteret, at alene ved et grundigt klinisk interview og ved, at patienten får en forklaring på sine symptomer (psykoedukation), kan en vis symptomreduktion opnås. Det er derfor vigtigt, at man almindeligvis ikke indleder medikamentel behandling før efter anden samtale, hvor behovet for behandling revurderes. Undtaget herfra er naturligvis svært forpinte og selvmordsfarlige patienter. Ved recidiverende depression bør medikamentel behandling også indledes relativt hurtigt for at forhindre forværring i tilstanden.

En del af patienterne med svære depressioner, bl.a. patienter med suicidalrisiko, psykoser og komplicerende anden sygdom, bør indlægges. Vanskelige tilfælde, som ikke kræver indlæggelse, bør viderehenvises.

## **Medikamentel behandling**

Ved medikamentel behandling af depression er der flere grupper af medikamenter at vælge mellem. Det drejer sig i princippet om et valg mellem 1) serotonin-re-uptake-hæmmere (SSRI), 2) dual action præparater som Venlafaxin, Duloxetin eller Mirtazapin eller 3) de ældre tricykliske antidepressiva (TCA). Til de sværeste depressioner anbefales ECT. Til ambulant brug hos ikke-speciallæger i psykiatri anbefales SSRI-præparaterne pga. deres relative ugiftighed.



Væsentlig bedring eller fuld remission indtræder i omkring 60 % af tilfældene inden for 6-8 ugers medikamentel behandling. Efter remission bør behandlingen som minimum vare 6-12 mdr. Herefter kan den aftrappes hos nogle patienter med en enkeltstående depressiv episode. Men hos patienter med flere depressioner eller meget svært sygdomsforløb bør behandlingen udstrække sig over flere år, for visse patienter måske endda livsvarigt. I alle tilfælde er vedligeholdelsesdosis den samme som den terapeutiske dosis.

## **Psykoterapeutisk behandling**

Lette depressioner og nogle af de moderate kan forsøges behandlet med samtaleterapi alene. De øvrige skal have medikamentel behandling sammen med samtaleterapi, tilrettelagt efter patienten og depressionens sværhedsgrad. Ved de helt svære depressioner vil denne behandling i første omgang dreje sig om støttende samtaler, og først senere, når den akutte depressive fase er overstået, kan man sætte ind med behandling, som fokuserer på udløsende faktorer og forhold i patientens liv, som har kunnet være med til at udløse en depression. Ved at bearbejde disse forhold vil man nogle gange kunne mindske risikoen for recidiv.

## **Compliance og information**

Det er vigtigt at opnå et godt samarbejde med patienten, for at patienten accepterer sin diagnose og vigtigheden af behandling. Dette er især vigtigt, da det drejer sig om en langvarig behandling. Patienter må oplyses grundigt om sygdommens natur, bivirkningerne ved behandlingen og tidsperspektivet i både sygdommen og behandlingen. God opfølgning med regelmæssig samtalekontakt med én bestemt behandler vil desuden være med til at sikre god compliance og en vellykket behandling med færrest mulige recidiver.

## **Pårørendeinddragelse**

Når én i familien bliver ramt af en alvorlig depression, er det ikke bare patienten, der lider, men også de pårørende. Det er vigtigt at være opmærksom på disses smerte og ret til støtte, samt på de ressourcer, de rummer for patienten. Hvis de pårørende ikke får hjælp til at mestre den vanskelige situation, de er i, kan det belaste patienten yderligere. Det kræver hjælp og støtte at kunne yde hjælp og støtte.

Det er således vigtigt, for at opnå et godt behandlingsresultat og for at forebygge tilbagefald, at de pårørende inddrages i behandlingsarbejdet på flest mulige niveauer, som samarbejdspartnere i forhold til den depressionsramte. De pårørende er ofte de, der kender den syge bedst, og som ligger inde med oplysninger om baggrund og aktuel situation. Jo højere forståelsesniveau, der opnås hos alle parter, jo større er chancerne for et godt forløb.

# 1. Hos praktiserende læge

De fleste deprimerede diagnosticeres og behandles hos den praktiserende læge. I forbindelse med depression skal den praktiserende læge være særligt opmærksom på følgende patientkategorier, hvor forekomsten af depression er relativt større: gravide, ammende og patienter med kroniske lidelser; særligt diabetes, blodprop i hjertet, apopleksi samt patienter med recidiverende depression og patienter med kroniske, somatiske lidelser, herunder maligne lidelser.

## 1.1 Screening, udredning og diagnosticering

Standard	Måling
Ved mistanke om depression skal den praktiserende læge screene og diagnosticere (efter ICD 10-kriterier) alle patienter efter DSAM´s vejledning ("Diagnostik og behandling af depression i almen praksis"). Med henblik på at fastsætte depressionens sværhedsgrad anvendes Hamiltons skala eller tilsvarende.	Intern audit.

## 1.2 Behandling ved let/moderat depression

Standard	Måling
Hvis patienten har let eller moderat depression, skal den praktiserende læge se patienten igen inden for 7 hverdage med henblik på stillingtagen til det videre forløb (vedr. recidiverende depression, se side 8 afsnittet "Generelt om behandling" 2. afsnit). Ved flere uger med let eller moderat depression tilbydes patienten samtalebehandling ved egen læge eller psykolog (i henhold til gældende regler herom), evt. suppleret med medikamentel behandling.	Intern audit.

### 1.3 Behandling ved moderat/svær depression

Standard	Måling
<p>Hvis patienten har moderat eller svær depression, skal den praktiserende læge se patienten igen inden for 7 hverdage med henblik på stillingtagen til videre behandling (vedr. patienter med recidiverende depression, se ovenstående generelle afsnit).</p> <p>Ved flere uger med moderat eller svær depression tilbydes patienten samtalebehandling og medikamentel behandling, i overensstemmelse med Region Midtjyllands rekommandationsliste, og der overvejes videre henvisning.</p> <p>Ved recidiverende depression bør man som hovedregel indlede antidepressiv behandling relativt hurtigt.</p>	Intern audit.

### 1.4 Opfølgning og evt. konferering

Standard	Måling
<p>Når den medicinske behandling er igangsat følges patienten ugentligt med henblik på vurdering af compliance, effekt, bivirkninger, m.v.</p> <p>Efter 4-8 uger med manglende tilfredsstillende respons, herunder afprøvning af flere præparater (mindst 2 behandlingsforsøg med forskellige præparater), skal den praktiserende læge konferere med psykiatrisk speciallæge eller evt. den ambulante psykiatri.</p>	Intern audit.

### 1.5 Svære sociale komplikationer

#### Standard

Hvis depressionen er fulgt af svære sociale komplikationer henvises til den ambulante psykiatri.

Inden videre henvisning skal der undersøges for:

- hæmatologiske parametre
- nyre- og leverfunktion
- kalcium
- B6 – B9 og B12
- Thyroideatal
- EKG
- CDT eller GGT
- evt. yderligere undersøgelser

#### Måling

Intern audit.

### 1.6 Akut og subakut vurdering ved behandlingsproblemer

#### Standard

Ved fortsatte uløste behandlingsproblemer skal den praktiserende læge inden for 14 dage efter telefonisk anmodning tilbydes akutte og subakutte vurderinger af patienten hos en læge i den ambulante psykiatri eller hos en praktiserende speciallæge i psykiatri, herunder forslag om behandling og fremtidig opfølgning.

#### Måling

Intern audit.

### 1.7 Information til patient og pårørende

#### Standard

Den praktiserende læge skal sikre, at patienten og de pårørende informeres om symptomer, diagnose, behandlingsmuligheder og evt. bivirkninger ved medicin. Under behandlingsforløbet skal den praktiserende læge oplyse patienten og de pårørende om mulige årsager til sygdommen og relevante forebyggelsesmuligheder, alkohol, kost og motion. Generel information gives også skriftligt til patienten og de pårørende.

#### Måling

Patienten skal være i besiddelse af informationerne. Måles ved patienttilfredshedsundersøgelser.

## 1.8 Indlæggelse

### Standard

Patienter med udtalt selvmordsrisiko, livstruende adfærd, svære somatiske lidelser, psykotiske symptomer og/eller svære kognitive forstyrrelser skal indlægges.

### Måling

Intern audit.

## 1.9 Henvisning fra praktiserende læge

### Standard

Henvisning fra praktiserende læge til praktiserende speciallæge, den ambulante psykiatri og hospitalspsykiatri indeholder som minimum:

- Diagnose
- Disposition
- Social og somatisk anamnese
- Tidligere behandlinger/forløb
- Aktuelle undersøgelser og behandlinger/forløb
- Indikation for henvisning

### Måling

Intern audit.

## 2. Hos praktiserende speciallæge

En stor del af de moderat til svært deprimerede patienter behandles i speciallægepraksis. Med henblik på at udnytte den ekspertise, der ligger i speciallægepraksis, er det relevant, at patienten skal ses af speciallægen inden 4 uger efter henvisning med henblik på:

- enten tilbagehenvisning til egen læge med råd om behandling, eller
- at patienten kommer på venteliste eller bliver akut behandlet hos speciallægen, eller
- at patienten viderehenvises til indlæggelse

### 2.1 Vurderende samtale inden for 4 uger

#### Standard

Efter modtagelse af henvisningen skal den praktiserende speciallæge se mindst 70 % af patienterne til en vurderende samtale inden for 4 uger med henblik på:

- enten tilbagehenvisning til egen læge med råd om behandling, eller
- at patienten kommer på venteliste, eller bliver akut behandlet hos speciallægen, eller
- at patienten viderehenvises til indlæggelse.

#### Måling

Intern audit.

### 2.2 Udredning og diagnose

#### Standard

Den praktiserende speciallæge

- stiller diagnosen efter ICD 10-kriterier.
- udarbejder en Hamilton rating eller tilsvarende til vurdering af depressionens sværhedsgrad.
- vurderer om der skal foretages yderligere somatisk og/eller psykiatrisk udredning, herunder undersøges for psykiatrisk comorbiditet og sociale forhold generelt.

#### Måling

Intern audit.

### 2.3 Besked til den praktiserende læge

#### Standard

Besked om forslag til behandling/det videre forløb gives til patienten og den praktiserende læge inden for 1 uge efter den vurderende samtale.

#### Måling

Intern audit.

### 2.4 Behandling

#### Standard

I den praktiserende speciallæges samlede behandlingsstrategi indgår følgende variable:

- Stillingtagen til eksisterende behandlingsform.
- Skift til anden behandlingsform eller supplement til eksisterende behandlingsform. I videst muligt omfang anbefales det at anvende rekommandationsliste gældende i Region Midtjylland, men i relevante tilfælde foretages individuel vurdering af den praktiserende speciallæge.
- Fortløbende monitorering.
- Stillingtagen til indlæggelse.

Ved recidiverende depression bør man som hovedregel indlede anti-depressiv behandling relativt hurtigt.

#### Måling

Intern audit.

### 2.5. Opfølgning

#### Standard

Når behandlingen er igangsat, skal patienten i starten af forløbet følges ugentligt med henblik på vurdering af effekt, bivirkninger, m.v.

#### Måling

Intern audit.

## 2.6 Information til patient og pårørende

### Standard

Den praktiserende speciallæge skal sikre, at patienten og de pårørende informeres om symptomer, diagnose, behandlingsmuligheder og evt. bivirkninger ved medicin. Under behandlingsforløbet skal den praktiserende speciallæge oplyse patienten og de pårørende om mulige årsager til sygdommen og relevante forebyggelsesmuligheder, alkohol, kost og motion. Generel information gives også skriftligt til patienten og de pårørende.

### Måling

Patienten skal være i besiddelse af informationerne. Måles ved patienttilfredshedsundersøgelser.

## 2.7 Epikrise til egen læge

### Standard

Senest 2 hverdage efter behandlingens afslutning skal der for 80 % af patienterne foreligge epikrise hos den praktiserende læge med anbefalinger til det videre forløb, m.v. Epikrisen skal indeholde oplysninger om:

- Undersøgelsesresultater.
- Diagnose.
- Behandling.
- Evt. sociale foranstaltninger.

Ved evt. afbrydelse af behandlingsforløbet hos den praktiserende speciallæge skal denne hurtigst muligt orientere den praktiserende læge.

### Måling

Intern audit.



### 3. I den ambulante psykiatri

Kontakt til den ambulante psykiatri er primært for de patienter, hvis sygdomsforløb og behandling har været præget af et eller flere af følgende karakteristika: svingende sygdomsintensitet, ustabil fremmøde, ustabil samarbejde, manglende effekt af behandling, svær psykiatrisk comorbiditet, diagnostisk uklarhed og komplicerende sociale og somatiske forhold.

Kontakten omfatter en tidsbegrænset periode, til der er opnået stabilitet.

#### 3.1 Henvisning fra egen læge eller speciallæge

##### Standard

95 % af de ikke-akutte patienter skal senest 8 dage efter henvisning have besked om tidspunktet for første personlige kontakt med en speciallæge eller en læge superviseret af en speciallæge i den ambulante psykiatri. 90 % af patienterne skal inden for 8 uger efter henvisningen have første personlige kontakt med en behandler i den ambulante psykiatri.

##### Måling

Opfølgning på servicemålene i psykiatrien.

#### 3.2. Henvisning fra hospitalspsykiatrien

##### Standard

Ved 1.gangs henvisning fra hospital til den ambulante psykiatri afholdes et møde mellem det involverede personale fra hospitals- og den ambulante psykiatri, patienten og dennes pårørende, inden patienten udskrives.

##### Måling

Intern audit.

### 3.3 Udredning og diagnose

#### Standard

Den ambulante psykiatri:

- stiller diagnosen efter ICD 10-kriterier.
- udarbejder en Hamilton rating eller tilsvarende til vurdering af depressionens sværhedsgrad.
- vurderer om der skal foretages yderligere somatisk og/eller psykiatrisk udredning, herunder undersøges for psykiatrisk comorbiditet og sociale forhold generelt.

1. gangs deprimerede over 50 år skal henvises til neuropsykiatrisk udredning (se information på Psykiatriens net).

#### Måling

Intern audit.

### 3.4 Behandling

#### Standard

I den ambulante psykiatris samlede behandlingsplan indgår følgende variable:

- Stillingtagen til eksisterende behandlingsform.
- Skift til anden behandlingsform eller supplement til eksisterende behandling.
- Fortløbende monitorering.
- Stillingtagen til indlæggelse.

Ved recidiverende depression bør man som hovedregel indlede anti-depressiv relativt hurtigt.

#### Måling

Intern audit.

### 3.5 Behandlingsplan og opfølgning

#### Standard

Behandlingsplanen, herunder stillingtagen til sundhedsfremme og forebyggelse, udmøntes i en behandlingsplan, der udarbejdes i samarbejde med patienten og gerne med inddragelse af de pårørende. Behandlingsplanen vurderes løbende. Patienten og de pårørende inddrages i revurderingen.

#### Måling

Måles ved patienttilfredshedsundersøgelser og intern audit.

### 3.6 Information til patient og pårørende

#### Standard

Den ambulante psykiatri skal sikre, at patienten og de pårørende informeres om symptomer, diagnose, behandlingsmuligheder og evt. bivirkninger ved medicin. Under behandlingsforløbet skal den ambulante psykiatri oplyse patienten og de pårørende om årsager til sygdommen og relevante forebyggelsesmuligheder, alkohol, kost og motion. Generel information gives også skriftligt til patienten og de pårørende. Endvidere skal patienten og de pårørende have udleveret skriftlig information om den ambulante psykiatri, herunder navn på kontaktperson og informeres om psykiatriskoler, Psyk Info og bruger- og pårørendeorganisationer.

#### Måling

Patienter og pårørende skal være i besiddelse af informationerne. Måles ved pårørende- og patienttilfredshedsundersøgelser.

### 3.7 Epikrise til egen læge

#### Standard

Ved planlagt ophør skal der for 95 % af patienterne, senest 2 hverdage efter behandlingens afslutning, foreligge epikrise hos den praktiserende læge med anbefalinger til det videre forløb, m.v. Epikrisen skal indeholde oplysninger om:

- Undersøgelsesresultater.
- Diagnose.
- Behandling.
- Evt. sociale foranstaltninger.

Ved uplanlagt ophør skal den praktiserende læge og andre relevante instanser (f.eks. politi, pårørende, socialpsykiatrien) straks orienteres.

#### Måling

Opfølgning på servicemålene i psykiatrien og intern audit.

## 4. I hospitalspsykiatrien

Hospitalsindlæggelse er primært for patienter kendetegnet ved høj suicidalrisiko, psykotiske symptomer eller andre komplicerende faktorer, f.eks. svær somatisk sygdom eller kognitive forstyrrelser. Endvidere indlægges patienter, hos hvem der ikke kan gennemføres tilstrækkelig observation, udredning og behandling i ambulant regi.

### 4.1 Visiteret modtagelse

#### Standard

Patienter, som er visiteret til modtagelsen, skal vurderes af en læge med henblik på afklaring af behovet for indlæggelse. Der gives besked til praktiserende læge og evt. anden henvisende instans.  
Hvis indlæggelse ikke umiddelbart er relevant, viderevisiteres til andre relevante tilbud (herunder mobilteam).

#### Måling

Intern audit.

### 4.2 Meddelelse om indlæggelse til praktiserende læge

#### Standard

Ved indlæggelse skal hospitalet sende meddelelse om indlæggelse til praktiserende læge inden for 3 dage.

#### Måling

Det Patientadministrative System.

### 4.3 Udredning og diagnose

Standard	Måling
<p>Patienten skal inden for 1 døgn ses af en speciallæge. Lægen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• stiller diagnosen efter ICD 10-kriterier.</li><li>• udarbejder en Hamilton rating eller tilsvarende til vurdering af depressionens sværhedsgrad.</li><li>• vurderer, om der skal foretages yderligere somatisk og/eller psykiatrisk udredning, herunder vurderes for psykiatrisk comorbiditet og sociale forhold generelt.</li></ul> <p>Hvis patienten er indlagt, kan døgnobservation bidrage med vigtige oplysninger om patientens symptomer (medicinfri observation over flere døgn bør tilstræbes medmindre, der er tale om recidiverende depression).</p> <p>1. gangs deprimerede over 50 år skal henvises til neuropsykiatrisk udredning (se information på Psykiatriens net).</p>	<p>Intern audit.</p>

### 4.4 Behandlingsplan

Standard	Måling
<p>I hospitalspsykiatriens samlede behandlingsplan indgår følgende variable:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stillingtagen til eksisterende behandlingsform</li><li>• Skift til anden behandlingsform eller supplement til eksisterende</li><li>• Fortløbende monitorering</li><li>• Vurdering af psykiatrisk comorbiditet og sociale forhold generelt</li><li>• Stillingtagen til fortsat indlæggelse/udskrivning</li></ul> <p>Under behandlingen skal patienten minimum have tilbudt 1 ugentlig samtale med en læge.</p> <p>Patienter med udtalt selvmordsrisiko, psykotiske symptomer og/eller svære kognitive forstyrrelser skal særligt observeres.</p>	<p>Intern audit.</p>

#### 4.5 Behandlingsplan og opfølgning

##### Standard

Behandlingsplanen udarbejdes inden 8 dage, herunder tages stilling til sundhedsfremme og forebyggelse. Behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten og gerne med inddragelse af de pårørende. Behandlingsplanen revurderes løbende af en læge. Patienten og de pårørende inddrages i revurderingen.

##### Måling

Intern audit.

#### 4.6 Information til patient og pårørende

##### Standard

Hospitalet skal sikre, at patienten og de pårørende informeres om symptomer, diagnose, behandlingsmuligheder og evt. bivirkninger ved medicin. Under behandlingsforløbet skal hospitalet oplyse patienten og de pårørende om årsager til sygdommen og relevante forebyggelsesmuligheder, alkohol, kost og motion. Generel information gives også skriftligt til patienten og de pårørende. Endvidere skal patienten og de pårørende have udleveret skriftlig information om hospitalspsykiatrien, navn på kontaktperson, og informeres om psykiatriskoler, Psyk Info og bruger- og pårørendeorganisationer. Det skal sikres, at patientens pårørende – med patientens samtykke - kontaktes inden for det 1. døgn efter indlæggelsen. Inden for det 1. døgn efter indlæggelsen skal patienten og de pårørende informeres om, hvem der er patientens kontaktperson og behandlende læge.

##### Måling

Patienter og pårørende skal være i besiddelse af informationerne. Måles ved pårørende- og patienttilfredshedsundersøgelser.

#### 4.7 Epikrise til egen læge

##### Standard

Ved planlagt ophør skal der for 95 % af patienterne senest 2 hverdage efter udskrivningen foreligge epikrise hos den praktiserende læge med anbefalinger til det videre forløb, m.v.

Epikrisen skal indeholde oplysninger om:

- Undersøgelsesresultater.
- Diagnose.
- Behandling.
- Evt. sociale foranstaltninger.

Ved uplanlagt ophør skal relevante interne og eksterne samarbejdsparter (f.eks. praktiserende læge og speciallæge, politi, pårørende, den ambulante psykiatri) hurtigst muligt orienteres. Hospitalslægen skal overveje telefonisk kontakt til den praktiserende læge.

##### Måling

Intern audit.