

Triple Aim – For hvem?

Traumatiserede flygtninge
Mennesker med dobbeltdiagnose
Ældre med depression

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

C/o Hvidovre Hospital

P610 Kettegård Alle 30

2650 Hvidovre

Indhold

1. Resumé.....	3
2. Formål og mål	4
3. Hvem er rapporten målrettet?	4
4. Beskrivelse af 90-dages cyklus	4
5. Ordliste.....	6
6. Baggrund	7
Ulighed i sundhed	8
Psykiske lidelser i et økonomisk perspektiv	8
Samarbejde og koordinering	8
Hvorfor Triple Aim?	9
7. Valg af population	10
Overvejelser om udvælgelse.....	10
Udfordringer på tværs af populationer	11
Netværk og samarbejde.....	12
8. Traumatiserede Flygtninge	13
Hvem er "traumatiserede flygtninge"?	13
Hvilke udfordringer?	13
Traumatiserede flygtninge i samarbejdet med praktiserende læger	14
Populationer og subpopulationer	16
Netværk	17
9. Dobbeldiagnose	18
Hvem er borgere med dobbeldiagnose	18
Hvad er udfordringerne?	19
Populationer og subpopulationer	21
Netværk og samarbejdspartnere.....	24
10. Ældre med depression	25
Hvem er "ældre med depression"	25
Diagnostisering	26
Hvad er det gode liv?	27
Population og subpopulation.....	28
Netværk og samarbejdspartnere.....	29
11. Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde.....	30
12. Litteraturliste	32
13. Bilag.....	35
Bilag 1: Oversigt interviews ifm fravalgte populationer.....	35
Bilag 2: Oversigt netværksaktiviteter i 90-dages cyklus	35

Resumé

I Sundhedsstyrelsens sygdomsbyrderapport fra september 2015 indtager psykiske lidelser en kedelig placering som topscorer på en række specifikke sygdomsbyrdemålⁱ. Psykiske lidelser er eksempelvis den hyppigste årsag til førtidspensionering og giver også anledning til mange sygedage blandt erhvervsaktive danskere, og dermed store produktionstab på samfundsniveau.

Rapporten dokumenterer tillige en tydelig social ulighed for alle byrdemål i relation til mennesker med psykiske lidelser. Psykiske lidelser udgør samlet set den største sygdomsbyrde i samfundet med 25% i forhold til det samlede sygdomsbillede, mens kræft står for 17% og kredsløbs-sygdomme står for 15,2%¹.

I projektet "Sikker Psykiatri"ⁱⁱ arbejder 7 psykiatriske hospitaler/projektenheder med at forbedre patientsikkerheden og behandlingskvaliteten for psykiatriske patienter i relation til sikker medicinering, udredning for fysisk sygdom, selvmordsforebyggelse og reduktion af fysisk tvang. Dette projekt bidrager til at ændre på nogle af de udfordringer, der følger med at have en psykisk lidelse i Danmark. Men de store udfordringer skal angribes fra mange andre og forskelligartede vinkler, når målet er at forbedre sundheden. Der er behov for flere tiltag, nye greb og veje – og for at bringe aktører i spil på tværs af sektorer, organisationer og interesse.

På den baggrund designer TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed i partnerskab (herefter benævnt Partnerskabet) nu et Triple Aim initiativ for en udvalgt population med psykiske lidelser. Triple Aim-tilgangen er udviklet af IHI (Institute for Healthcare Improvement, Bostonⁱⁱⁱ) og hviler på en forståelse af, at vi ved at forfølge tre ligeværdige dimensioner samtidigt kan skabe nye veje til bedre sundhed for udvalgte befolknings- eller patientgrupper. De tre dimensioner er:

- Højnet patientoplevelt kvalitet
- Højnet sundhedstilstand for populationen
- Reducerede eller fastholdte sundhedsomkostninger pr. person i populationen

Rapporten er udarbejdet som opsummering på en 90-dages forsknings- og udviklingsmodel, som IHI og Carnegie Foundation har beskrevet^{2,3}. En 90-dages cyklus er en systematisk metode til udforskning af nye felter og muligheder. En cyklus består af 3 faser: Scanning (30 dage), Fokusering (30 dage) og Opsummering (30 dage). En cyklus afsluttes med en rapport, der opsummerer viden og leverer baggrund for det videre arbejde.

I denne rapport beskriver vi hvilke populationer, der har været belyst i denne cyklus og med hvilke fordele og ulemper de hver i sær kunne være genstand for et Triple Aim initiativ.

Vi takker alle, der har bidraget til rapporten.

Dansk selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden, januar 2016

ⁱ Sygdomsbyrderapporten belyser en lang række sygdomsbyrdemål for 21 udvalgte sygdomme: dødsfald, tabte leveår, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, besøg i primærsektoren, førtidspensioner, forekomst, sundhedsøkonomi og produktionstab¹.

ⁱⁱ TrygFonden, Det Obelske Familiefond, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed står bag projektet. 7 psykiatriske enheder fra de fem regioner og Færøerne deltager i Sikker Psykiatri. Sikker Psykiatri løber frem til udgangen af 2016.

ⁱⁱⁱ IHI er en uafhængig, non-profit organisation, som siden sidst i 80'erne har været anerkendt og førende indenfor udvikling af sundhedsvæsen i hele verden, patientsikkerhed samt forbedrings- og kvalitetsudviklingsarbejde. www.ihl.org

Formål og mål

Formålet med denne 90-dages undersøgelses- og udviklingscyklus er at indsamle viden, der kan belyse forskellige populationers potentiale for at være genstand for et Triple-Aim initiativ. Det er samtidig formålet med denne og kommende cykler, at opbygge netværk på feltet og skabe samarbejdsflader og grobund for, at initiativet kan realiseres. Og endelig er formålet at udbrede kendskabet til Triple Aim som et nyttigt og resultatorienteret greb at adressere aktuelle og fremtidige udfordringer, både sundhedsmæssige, sociale- og samfundsrelaterede komplekse problemer med.

Slutteligt er det formålet med denne og øvrige cykler, at der gøres konkrete erfaringer med 90-dages metoden med henblik på en beskrivelse af, hvordan denne metode kan være motor for innovations- og udviklingsarbejdet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed og andre relevante organisationer.

Hvem er rapporten målrettet?

Rapporten er målrettet interessenter, ressourcepersoner og øvrige, som interesserer sig for Partnerskabets Triple Aim-relaterede arbejde og for psykiske lidelser.

Beskrivelse af 90-dages cyklus

Rapporten er udarbejdet som opsummering på en 90-dages forsknings- og udviklingsmodel, som IHI og Carnegie Foundation har beskrevet^{2,3}.

Partnerskabet bruger 90-dages metoden til at udvikle projektdesignet for et Triple Aim initiativ. Der gennemføres fem 90-dages cykler med følgende overskrifter:

- **HVORDAN?**
Erfaringer med Triple Aim. Barrierer og muligheder
- **FOR HVEM?**
Projektets population, behov, forbedringspotentiale
- **HVAD?**
Interventioner og løsninger
- **SAMSKABELSE?**
Borgere, pårørende, partnerskaber og samarbejdspartnere
- **MÅLING?**
Hvordan tilrettelægges, måles og evalueres Triple Aim initiativet?

De fem rapporter udgør tilsammen fundamentet for det endelige design af initiativet. Denne rapport er den anden rapport af fem. Alle rapporter vil være tilgængelige på www.patientsikkerhed.dk

Baggrundsmaterialet for nærværende rapport er interviews, PubMed søgning, artikler, rapporter, undersøgelse samt konferencer (se oversigt i bilag 2). Vi har foretaget 43 semistrukturerede, eksplorative interviews med videnspersoner i Danmark i relation til psykiske lidelser og psykiatrien generelt og i relation til de specifikke populationer, som har været undersøgt.

Interviewene har drejet sig om erfaringer, viden, holdninger og perspektiver i relation til psykiske lidelser, psykiatrien og de respektive populationer og subpopulationer. Interviewpersonerne er udvalgt i en snowballing-proces, hvor man lader feltet folde sig ud i en periode. Eksempelvis leder en artikel til opmærksomhed på en relevant interviewperson, som foreslår kernelæsning på feltet osv. Også 2-2-1 metoden er anvendt. Her veksler man mellem litteraturgennemgang, interviews med eksperter og en tredje aktivitet, eksempelvis en konference, et interview med en inspirator eller tilsvarende input. Begge metoder beskrives i Carnegie Foundations manual for 90-dages cyklus².

90-dages metoden sætter kadencen for det undersøgende arbejde og tilbyder veje til at afsøge et felt bredt. Arbejdet udføres med en fast slutdato, der gør, at man på et tidspunkt stopper sin research og vurderer status og næste skridt. Metoden lægger ikke op til en komplet afdækning af et felt.

Under hvert afsnit i rapporten listes de personer, der er interviewet specifikt i relation til den konkrete population. I bilag 1 listes desuden de eksperter og videnspersoner, som er interviewet i relation til de populationer, som er blevet fravalgt undervejs i denne 90-dages cyklus. Nedenfor en liste over de interviewede personer, som har bidraget med viden, idéer og holdninger på tværs af populationer. Blandt disse er samtlige medlemmer af det Advisory Board (angivet med AB i parentes), som er nedsat til at designe Partnerskabets Triple Aim initiativ.

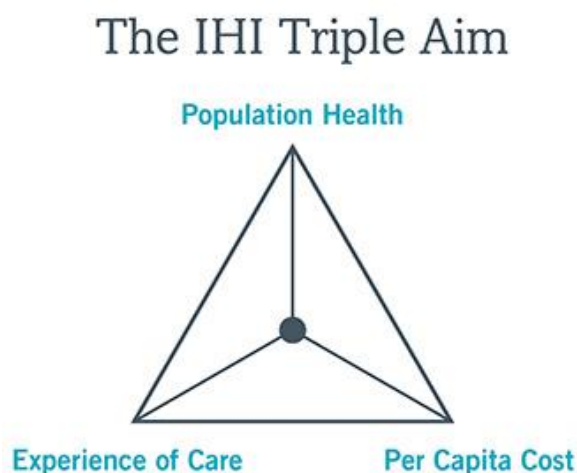
- **Agnete Philipsen.** (AB). Tidl. Psykiatri- og socialdirektør i region Syddanmark Bestyrelsesmedlem i psykiatrifonden
- **Jane Wiis.** (AB). Direktør KL (Kommunernes Landsforening)
- **Klavs Seerup Rasmussen.** (AB). Det sociale netværk - Projektleder peer-to-peer. Brugerrepræsentant for Forum for recovery, patientsikkerhed og tvang (Region Hovedstaden), Initiativtager og forfatter til "udskrivningsguiden".
- **Lars Ehlers.** (AB). Professor, Institut for Økonomi og Ledelse
- **Mads Cronquist.** (AB). Direktør Cronquist Consult.
- **Mette Svarre.** (AB). Kontorchef "Socialpsykiatri og udsatte voksne", Århus kommune
- **Knud Juel.** (AB). Statens Institut for folkesundhed. Professor, cand.stat., ph.d. Forskningsprogrammet sundhedsfremme og forebyggelse
- **Anne Lindhardt.** (AB). Psykiater, formand for Psykiatrifonden
- **Annette Sofie Davidsen.** (AB). Lægeforeningen. Lektor, speciallæge i almen medicin, ph.d., dr.med. Forskningsenheden KU for Almen medicin
- **Psykiatrifonden.** Direktør Marianne Skjold og Programchef Jesper Kurdahl Larsen
- **"En af os".** Projektleder Johanne Bratbo og projektkoordinator Anja Kare Vedelseby
- **Tina Wahl.** kontorchef og faglig ansvarlig for socialområdet, KL

Ordliste

Triple Aim

“Triple Aim” er ét samlet mål med tre ligeværdige og parallelle dimensioner: at højne den patientoplevede kvalitet, at højne sundhedstilstanden for populationen og at reducere eller fastholde sundhedskostninger pr. person i populationen.

Triple Aim er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI). Triple Aim er udførligt beskrevet i Dansk Selskab for Patientsikkerheds rapport ”Hvad er Triple Aim? Nye veje i sundhedsvæsenet”⁴.



Triple Aim ramme eller tankesæt

Udviklet af IHI i 2007. IHI understreger at man bør tale om ramme eller tankesæt og ikke bruge ord som “model”, “koncept” eller “projekt” til at beskrive Triple Aim⁵.

Projektportefølje

Et Triple Aim initiativ udgøres af en række projekter samlet i en projektportefølje, som hver især adresserer en eller flere af dimensionerne, og som samlet set arbejder i retningen af det overordnede Triple Aim mål.

Triple Aim initiativ eller Triple Aim indsats

Et initiativ bestående af en projektportefølje, der er udviklet, designet og gennemført i overensstemmelse med IHIs forståelse af Triple Aim.

Borger

Vi har flere steder valgt at bruge ordet “borger” som samlende betegnelse for patienter og andre, der benytter sig af sociale- eller sundhedsydelser. Dette valg er foretaget for at underbygge, at Triple Aim indsatser går på tværs af de systemer og sektorer, som borgeren møder.

Baggrund

I partnerskabet mellem TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed er det besluttet at lade en population med psykiske lidelser være genstand for Partnerskabets første Triple Aim initiativ. Det sker fordi Triple Aim på mange måder tegner til at være et greb, der kan matche udfordringerne for disse populationer i særlig grad. Triple Aim er udførligt beskrevet i rapporten "Hvad er Triple Aim – Nye veje i sundhedsvæsenet⁴".

I nedenstående afsnit beskriver vi de udfordringer, der tegner sig for mennesker med psykiske lidelser i et personligt, strukturelt og organisatorisk perspektiv.

I oktober 2013 udgiver regeringens udvalg om psykiatri en omfattende rapport med titlen "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser⁶". Udvalget har, siden april 2012 haft til opgave at "komme med forslag til, hvordan indsatsen for personer med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt". Rapporten er særdeles omfattende, både hvad gælder involverede eksperter og behandlede områder. Rapporten er grundlaget for arbejdet i den Taskforce på psykiatriområdet, som nedsættes i februar 2014. Udvalget⁶ identificerer de 10 væsentligste udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser:

- Utilstrækkeligt fokus på tidlig indsats og rehabilitering
- Behov for et ligeværdigt, åbent og inkluderende arbejdsmarked og uddannelsessystem
- Ulighed i sundhed og levetid
- Begrænset inddragelse af borger og pårørende som ressource i borgerens forløb
- Utilstrækkelig sammenhæng mellem sektorer og fagområder
- Begrænset (tvær-)faglig konsensus og tendens til fokus på den medicinske behandling
- Behov for fokus på kompetencer og efteruddannelse
- Manglende brug af evidensbaserede metoder og utilstrækkelig forskning, dokumentation og effektmåling af indsatser
- Manglende reduktion i tvangsanvendelse
- Mangelfuld planlægning og styring og grundlag for bedre ressourceanvendelsen i regioner og kommuner.

Udover de strukturelle, organisatoriske og behandlingsmæssige udfordringer, er der de til enhver tid alvorlige og svære personlige udfordringer ved at leve med en psykisk lidelse eksempelvis social isolation, stigmatisering og diskrimination, daglig kamp om at give livet mening og sammenhæng. Disse historier bliver blandt andet fortalt i Landskampagnen "En af os". Her fortæller en række "ambassadører" i alle aldre, om deres liv med en psykisk lidelse. Det er disse og mange andre personlige beretninger om psykiske lidelser, der gør det oplagt og højaktuelt at beskæftige sig med at bedre forholdene for psykisk syge i Danmark.

Ulighed i sundhed

Ulighed i både sundhed og levetid er betydelig for mennesker med psykiske lidelser. For nogle grupper af mennesker med psykiske lidelser er forskellen i middellevetid på mellem 15 og 20 år i forhold til den øvrige befolkning. I rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" (2013) opsummeres følgende kombination af faktorer, der kan forklare den store ulighed set i forhold til baggrundsbefolkningen:

- Højere forekomst af selvmord og ulykker
- Komplikationer og bivirkninger ved nogle psykofarmakologiske lægemidler
- Mindre adgang til somatiske sundhedsydelser end befolkningen i øvrigt,
- Højere forekomst af risikofaktorer for mange kroniske sygdomme og nogle former for kræft

Psykiske lidelser i et økonomisk perspektiv

Regeringens rapport dokumenterer, at mennesker med psykiske lidelser udgør en betydelig udgiftspost i samfundsmæssigt perspektiv. I en hvidbog⁷ fra det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø antages det i 2009, at de samlede direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark årligt er 55 mia. kr. De direkte omkostninger til behandling udgør heraf kun godt 10%. Hovedparten af omkostningerne skyldes førtidspensionering, langvarigt sygefravær og nedsat individuel produktivitet.

Et tilsvarende billede tegnes i Sygdomsbyrderapporten¹ (2015), hvor psykiske lidelser som angst, depression og skizofreni indtager en række nedslående førstepladser i statistikken på en række byrdemål^{iv}. Blandt andet er psykisk lidelse den hyppigste årsag til førtidspensionering. Både WHO og OECD har tidligere dokumenteret de store samfundsmæssige udgifter ved psykiske lidelser⁸⁻¹⁰. OECD anslår eksempelvis at samfundsudgifterne til denne befolkningsgruppe er 3,4 % af BNP.

Samarbejde og koordinering

Både danske rapporter og IHIs opsummering af erfaringer fra USA, Canada og England peger på, at den manglende koordinering af sociale- og sundhedsmæssige indsatser for borgere med psykiske lidelser er en del af forklaringen på de store samfundsmæssige og personlige omkostninger. Denne borgergruppe koster dyrt, *netop* fordi de typisk møder mange forskellige systemer, der ikke taler sammen eller koordinerer indsatser, med deraf følgende konsekvenser for både økonomien og borgernes sundhed, livskvalitet og oplevede tilfredshed^{11,12}.

I Danmark er der en række strukturelle og politiske retningslinjer for, hvordan regioner og kommuner skal samarbejde om at skabe mere sammenhængende forløb. I Regeringens rapport fra 2013 kortlægges 89 igangværende projekter, der forsøger at optimere samarbejde mellem kommuner og regioner⁶. Samtidig synes der også at være udbredt enighed om, at det til trods for de overordnede retningslinjer kan være vanskeligt at samarbejde i praksis og skabe et sammenhængende forløb for den enkelte borger med psykiske lidelser.

^{iv} Sygdomsbyrderapporten belyser en lang række sygdomsbyrdemål som forekomst, dødsfald, tabte leveår, indlæggelse ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, besøg i primærsektoren førtidspensioner, sygedage, sundhedsøkonomi og produktionstab (grundet fravær fra arbejdsmarkedet)¹.

Amerikanske modeller som "Shared Care", "Collaborative Care" og "Integrated Care" er nogle af de bud, der afprøves i en dansk kontekst. Men det er samlet set stadig utilstrækkeligt til at løse de udfordringer, det tværsektorielle samarbejde byder på⁶.

Hvorfor Triple Aim?

Udfordringerne i det danske social- og sundhedsvæsen er parallelle til både USA, England og Canada^{13, 14}. I disse lande har man gjort sig erfaringer med at bruge Triple Aim som løftestang for at håndtere de komplekse problemer, mennesker med psykiske lidelser oplever og forbedre situationen for disse mennesker. Det er Partnerskabets ambition af bedre sundheden for mennesker med psykiske lidelser, blandt andet ved at lære af og oversætte disse erfaringer til en dansk sammenhæng.

Partnerskabets ambition med at anvende Triple Aim som rettesnor for dette helhedsorienterede samarbejde med afsæt i borgeren hviler på en opfattelse af, at borgernes sundhed kan bedres markant, hvis vi tilbyder en samlet og koordineret indsats på tværs af traditionelle sektorskel sådan som det foreslås i Triple Aim-tankegangen.

IHIs grundlægger, pioner indenfor Kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet og Patientsikkerhed Donald Berwick, opsummerer dette potentiale ved Triple Aim således:

*"Because no single sector alone has the capability to successfully pursue improving the health of a population, the Triple Aim explicitly requires health care organizations, public health departments, social service entities, school systems and employers to cooperate"*¹⁵.

Triple Aim er derfor også en måde at designe og tilrettelægge service- og sundhedsydelse til borgerne, som understreger at det gode liv og helbred ikke skabes i sundhedsvæsenet eller af sundhedsvæsenet alene – men på tværs af de elementer og forhold der udgør borgerens liv.

En tilsvarende pointe beskrives i et notat fra KORA med overskriften "Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet"¹⁶. I dette notat afsøges en række teoretiske og organisatoriske greb til at imødekomme de stadigt stigende krav til at samarbejde på tværs af eksempelvis kommuner og hospitaler – hvoraf Triple Aim beskrives som et af disse greb.

Triple Aim udgør potentielt et skift i sundhedssystemet fra at håndtere borgerens sundhed i den konkrete kontakt til sundhedsvæsenet til dels at beskæftige sig med forebyggelse og håndtering af de bagvedliggende årsager til dårligt helbred, dels et skifte fra at fokusere på *patienten* til at se på *borgeren*, som indgår i et samfund og system af aktører og ressourcer, hvor sundhedssystemet blot er ét af elementerne¹⁷.

Men hvor skal vi begynde?

I det følgende beskrives overvejelser i relation til at udvælge en population til Partnerskabets Triple Aim initiativ.

Valg af population

Ifølge IHI er en nøje og præcis udvælgelse af en population en afgørende komponent i et Triple Aim initiativ, og en nøgle til at et initiativ kan gennemføres, implementeres og skabe varige forandringer med succes¹⁸. Som Ninon Lewis, Executive Director og leder af IHIs Triple Aim fokus team, udtrykker det:

"When the going gets tough, you sit down with your alliance team and remember: Who are we doing this for, why are we doing this and what is it, we want to change for this population"
(Personlig kommunikation, IHI International Forum, December 2015).

At kunne udvælge sin population og finde måder at afgrænse den på er altså afgørende. Vi skal vide hvilken population vores data skal sige noget om, fordi vi skal være helt sikre på, hvem det er vi vil forandre noget for. Og vi skal kunne måle og evaluere om vores interventioner skaber forandring.

Vigtigheden af at udvælge og identificere sin population understreges af erfaringerne fra Region Midtjylland, som ligeledes fortæller om, hvordan populationen gang på gang er det man vender tilbage til som rettesnor for fokus, justeringer af interventioner, engagement blandt deltagere osv.

I udvælgelsen af populationen er det også afgørende, at forbedringspotentialer er tilstede på alle tre dimensioner af Triple Aim:

- Bedre patientoplevelt kvalitet
- Højnet sundhedstilstand for populationen
- Reducerede eller fastholdte sundhedsomkostninger per person i populationen

Overvejelser om udvælgelse

I denne rapport beskrives tre populationer, som alle synes relevante at gøre til genstand for et Triple Aim initiativ. Populationerne er kommet i søgelyset gennem de seneste års samarbejder med psykiatrien i Danmark og i den løbende udveksling Dansk Selskab for Patientsikkerhed har med fagpersoner, sektorer og interessenter indenfor sundhedsvæsnet. Dertil har vi i alle 43 Interviews, der ligger til grund for denne rapport, givet mulighed for at foreslå nye populationer. Således er traumatiserede flygtninge og ældre med depression to mulige populationer, som er tilføjet listen undervejs i denne cyklus.

Midtvejs i denne 90-dages cyklus har Partnerskabet på baggrund af research og interviews desuden fravalgt at forfølge "unge selvskadere" og "veteraner med psykiske lidelser" som mulige populationer. "Unge selvskadere" fordi det skønnedes for vanskeligt at afgrænse populationen i relation til Triple Aim. "Veteraner med psykiske lidelser" fordi blandt andet Veterancenteret, som er den centrale myndighed og aktør for initiativer til denne målgruppe vurderer, at der allerede aktuelt er rigtig mange gode initiativer i søen, og at der er et større behov for samarbejde på tværs og opsamling af viden end for nye initiativer.

Det er vigtigt at fremhæve at alle populationer har relevans i den forstand at der er et forbedringspotentialer og alvorlige problemer at tage fat på. Både dem, vi har behandlet i indeværende cyklus og en lang række andre populationer med psykiske lidelser. Ingen nævnt, ingen glemt.

Når vi i løbet af denne 90-dages cyklus beskriver relevansen af at gøre en given population til genstand for et Triple Aim initiativ er det et forsøg på en aktuel vurdering af forskellige forhold: Dels hvor Partnerskabet ser flest muligheder for at gøre en forskel – for populationens sundheds og livskvalitet, for den patientoplevede kvalitet og for de økonomiske udgifter til social- og sundhedsydelse til populationen. Dels hvorvidt den enkelte population bedst illustrerer de tre dimensioner af Triple Aim, for dermed at sikre bedst mulig læring om at arbejde Triple Aim-orienteret.

Beskrivelsen af de specifikke udfordringer i relation til disse populationer er baseret på interviews, PubMed søgning og løbende research (se indledende beskrivelse af 90-dages metoden). Beskrivelsen er begrænset af, hvad man kan nå på 90 dage. Rapporten har derfor ikke en fyldestgørende afdækning af subpopulationer. I den kommende cyklus om interventioner vil arbejdet med at afgrænse populationen fortsætte.

Udfordringer på tværs af populationer

En gennemgående pointe i de interviews, der er gennemført i indeværende cyklus er, at de udfordringer, som blandt andet opsummeres i Regeringens rapport fra 2013⁶, går på tværs af populationer med psykiske lidelser. Pointen opsummeres således af Klavs Serup Rasmussen, Det sociale netværk og medlem af Advisory Board for Partnerskabets Triple Aim initiativ:

”Man kan vælge hvilken som helst population til Triple Aim. De vil alle illustrere de samme centrale udfordringer for mennesker med psykiske lidelser i Danmark” (Klavs Serup Rasmussen, 2015, personlig kommunikation).

Der skønnes således at være en udbredt opfattelse af, at de udfordringer i forhold til sundhed og livskvalitet, som man ofte vil opleve som psykisk sårbar, går på tværs af populationer, diagnoser og problemfelter. Med afsæt i dén pointe kan man argumentere for, at uanset hvilken population, der vælges, vil den kunne være løftestang og ”øvebane” for at finde virksomme interventioner, der kan bruges og skaleres i relation til mange andre populationer med psykisk sårbarhed.

Det er derfor Partnerskabets ambition, at der i udvælgelsen af en population for et Triple Aim initiativ er fokus på, at initiativet på en og samme tid har et meget overordnet perspektiv, hvor flere af de største udfordringer for mennesker med psykiske lidelser adresseres samtidig med, at der foretages et nålestik ind i en population, hvor disse udfordringer kan bearbejdes konkret, måles og følges på CPR-nummer niveau.

Netværk og samarbejde

I Danmark findes der naturligvis allerede en lang række initiativer på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, hvor man arbejder på at gøre noget ved de udfordringer, mennesker med psykiske lidelser møder – både generelt og i relation til specifikke populationer.

Et af grundprincipperne i Triple Aim er at orientere sig grundigt i allerede eksisterende tiltag og ressourcer i relation til en population. Målet er at samarbejde med relevante aktører og at stå på skuldrene af allerede eksisterende viden og handling. For at løse komplekse problemer må vi nødvendigvis samarbejde på tværs af sektorer, myndigheder, interessenter og vidensområder.

Derfor arbejder Partnerskabet også løbende med at identificere og styrke relationen til netværk omkring populationen. I denne rapport skitserer vi derfor de netværk, det kunne være relevant at samarbejde med. Oversigten er dog ikke udtømmende.

Med ovenstående pointer og forbehold i tankerne beskrives de tre populationer i det følgende.

Traumatiserede Flygtninge

I "Traumeundersøgelsen" fra september 2013 kortlægges traumatiserede flygtninge i Danmark, og der skitseres såvel udfordringer som tiltag, der fremadrettet kan styrke indsatsen til traumatiserede flygtninge i Danmark. I dette afsnit gives et overblik over hvilke udfordringer, der er kendetegnende for populationen af traumatiserede flygtninge.

Hvem er "traumatiserede flygtninge"?

En flygtning er defineret ved "som følge af velbegrunder frygt for forfølgelse på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en særlig social gruppe eller sine politiske anskuelser befinder sig uden for det land, i hvilket han har statsborgerret, og som ikke er i stand til eller - på grund af sådan frygt - ikke ønsker at søge dette lands beskyttelse" (FN's Flygtningekonvention 1951).

Det er næsten implicit en del af definitionen af "flygtning", at man har oplevet et traume. De fleste flygtninge kommer fra asyllande, hvor befolkningen lider overgreb på grund af krigshandlinger, og/eller hvor befolkningen udsættes for overgreb, tortur og lignende af regimer, der ikke overholder internationale konventioner om menneskerettigheder¹⁹.

Der skelnes mellem at have oplevet et traume og at have en traumeudløst psykisk lidelse. Det estimeres at omkring 30% - cirka 30-45.000¹⁹ af de flygtninge, som har fået asyl i Danmark, kan have et traume, som har udviklet sig til en psykisk lidelse. Det er denne estimerede population, der er i fokus i dette afsnit^v.

Det er meget vanskeligt at lave en fyldestgørende opgørelse af hvor mange der er tale om. Blandt andet fordi der formentlig vil være mange flygtninge, som ikke er udredt, hvor den traumeudløste psykiske lidelse ikke er opdaget eller erkendt¹⁹. Dog synes der blandt eksperter at være en oplevelse af at omkring 30-50% skønnes at være et plausibelt bud på omfanget (Ph.d-studerende Charlotte Kærgaard Sonne, Kompetencecenter for Transkulturel psykiatri og Leder af center for traume- og torturofre region Syd, Ulla Wernberg-Møller. Personlig kommunikation).

Hvilke udfordringer?

Traumeundersøgelsen kortlægger hvilke tilbud vi har til populationen i kommuner, regioner og statsligt, og hvilke udfordringer denne organisering giver. Indledningsvist skal det understreges, at de skitserede udfordringer er meget generaliserende for den store gruppe af traumatiserede flygtninge, hvis individuelle situation har hver sit særlige forløb og karakteristika. De udfordringer, den enkelte borger måtte have, hænger sammen med vedkommendes personlige historie og oplevede traume, uddannelsesbaggrund, hvor man er opvokset (by/land), hvilket land man kommer fra osv. Tilsvarende vil de udfordringer, behandlere og myndigheder oplever i forhold til populationen, variere af samme årsager. Og endelig er nogle af udfordringerne ikke specifikke for den traumatiserede flygtning. Eksempelvis er manglende samarbejde mellem myndigheder og aktører omkring den enkelte borger en tilsvarende udfordring til andre udsatte borgere, som af forskellige årsager ikke ved egen kraft magter eller evner at være koordinerende for eget forløb.

^v Der findes ikke entydige opgørelse af antallet af flygtningen med traumer i Danmark¹⁹. Det synes dog at være en accepteret vurdering blandt eksperter på området at mellem 30 og 50% vil have traumeudløste psykiske lidelser. I dette skøn indgår ikke de sekundært traumatiserede som eksempelvis børn eller partnere til traumatiserede vil udgøre.

Generaliseringen tjener dog indledningsvis til at skitsere de udfordringer, som summen af alle disse individers problemer udgør: At det danske samfund og sundhedsvæsen har store udfordringer med at hjælpe og behandle populationen.

Traumeundersøgelsen peger på følgende konkrete udfordringer¹⁹:

- Traumatiserede flygtninge kan have begrænsede integrationsressourcer, som fx at kunne få tilknytning til arbejdsliv eller uddannelse
- Utilstrækkelig opsporing og screening af mulige traumesymptomer
- Behov for specialiserede tilbud og manglende kapacitet (navnlig familiebehandling), både regionalt og kommunalt
- Behov for mere samarbejde og videndeling på tværs af forskellige tilbud og myndigheder
- Ventetider på behandling – risiko for kronificering^{vi}
- Behov for øget samarbejde (på tværs af kommuner, på tværs af fagligheder, på tværs af regioner og på tværs af aktører, eksempelvis frivillige organisationer, kommuner og myndigheder) – herunder belysning af forskellige forståelse af begreber
- Behov for redskaber og systemer til screening og tidlig opsporing
- Behov for mere rehabiliterende tilgang, der ser på hele borgerens samlede livssituationen

Ovenstående udfordringer går igen i alle interview, der er foretaget i denne cyklus.

Traumatiserede flygtninge i samarbejdet med praktiserende læger

Sundhedsvæsnet møder blandt andet de traumatiserede flygtninge hos de praktiserende læger. De sproglige- og forventningsmæssige udfordringer i dette samarbejde kan være omfattende. Det beskrives blandt andet i et kvalitativt studie af danske praktiserende lægers oplevelse af at behandle flygtninge²⁰.

Studiet tager afsæt i en forståelse af, at flygtninge er en særlig sårbar gruppe i forhold til at udvikle psykiske lidelser. Den praktiserende læge vil i mange tilfælde være den første indgang til sundhedsvæsnet. I studiet anskues den praktiserende læge som adgangsgivende til øvrige udrednings- og behandlingstilbud for de mulige traumeudløste psykiske lidelser. Derfor er det interessant at undersøge de praktiserende lægers oplevelser og erfaringer. De beskrives således:

Kommunikation og tolke

Flygtningen møder op med sin egen tolk (fx et familiemedlem), som ikke kender den medicinske terminologi, hvorved der kan opstå usikkerhed om lægens faglige vurdering formidles korrekt og forstås af patienten.

Flygtningen bruger et barn som tolk til oplysninger, som lægen ikke ønsker eller finder forsvarligt at oplyse et barn.

^{vi} At der er risiko for "kronificering" betyder, at der er risiko for at tilstanden udvikler sig på en måde så den er blivende og uhelelig. Ifølge Ph.d.-Studerende Charlotte Sonne Kærgaard, som i december 2015 har studeret ventetider på behandling, og blandt andet påvist op til 14 års ventetid, skyldes det lange tidsrum mellem ankomst til Danmark og behandling langtfra kun ventetid på behandling men også eksempelvis flygtningens manglende viden omkring egen psykisk sygdom <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/ovrigt-sygdomme/posttraumatisk-stresslidelse/>

Tolken møder ikke op, konsultationen aflyses, hvilken kan skabe frustration og utilfredshed hos patienten, der oplever sig afvist eller ikke forstået – hvilket igen kan have indflydelse for den videre behandling af flygtningen. I den sammenhæng beskriver informanten (en praktiserende læge) at "kommunikation er mere end fælles sprog". Dermed adresseres behovet for at udvikle et tillidsfuldt forhold mellem læge og patient, og at det kan kompromitteres af de sproglige barrierer og misforståelser.

Kvalitet i behandlingen

Den praktiserende læge viser ikke tilstrækkelig opmærksomhed til et potentielt bagvedliggende og behandlingskrævende traume

Den praktiserende læge vurderer det ikke muligt, at patienten kan modtage et relevant behandlingstilbud på grund af de forståelsesmæssige barrierer.

Den praktiserende læge føler sig magtesløs i forhold til at behandle patienten

Forventninger og flygtningens sygdomsforståelse

Flygtningen mangler forståelse for sammenhængen mellem psykiske lidelser og fysiske symptomer og har tendens til at somatisere et potentielt traumeudløst psykisk lidelse.

Flygtningen har en forventning om at det er lægens opgave at "gøre mig rask", og at der findes en hurtig løsning på situationen som flygtningen selv oplever den.

Ovenstående udfordringer går igen i en række interviews, som er foretaget i denne 90-dages cyklus. I tillæg til disse udfordringer beskrives yderligere fem udfordringer, som går igen i interviews.

Manglende forskning og dokumentation af effekter

Vi mangler forskning og dokumentation om hvilke kort- og langsigtede indsatser der er effektfulde i forhold til traumatiserede flygtninge^{19,21,22}.

Vanskelige sektorovergange

Sektorovergange kan give udfordringer i for traumatiserede flygtningen og for behandlingen af dem. Eksempelvis når flygtningen modtager skriftlig information om prøvesvar, indkaldelse til undersøgelse eller behandling, som de ikke forstår med den konsekvens af de ikke møder op (Ph.d-studerende Charlotte Kærgaard Sonne, Kompetencecenter for Transkulturel psykiatri og Leder af center for traume- og torturofre region Syd, Ulla Wernberg-Møller. Personlig kommunikation).

Behov for tidlig opsporing

Der efterlyses (enkle) redskaber til screening af nyankomne flygtninge, så et potentielt traume kan opspores og behandles tidligt. Risikoen for kronificering kan stige jo længere tid en flygtning lever med et ubehandlet traume eller uopdaget traumeudløst psykisk lidelse.

Sekundær traumatisering

En traumeudløst psykisk lidelse går hårdt ud over forældrevnen. Derfor vurderes mange børn af traumatiserede flygtninge af lide under deres forældres sygdom. Både børn og partnere kan derfor være sekundært traumatiserede og også have behov for særlige støttetiltag eller behandling¹⁹.

Aktuelle udfordringer – Flygtningenstrømmen 2015/2016

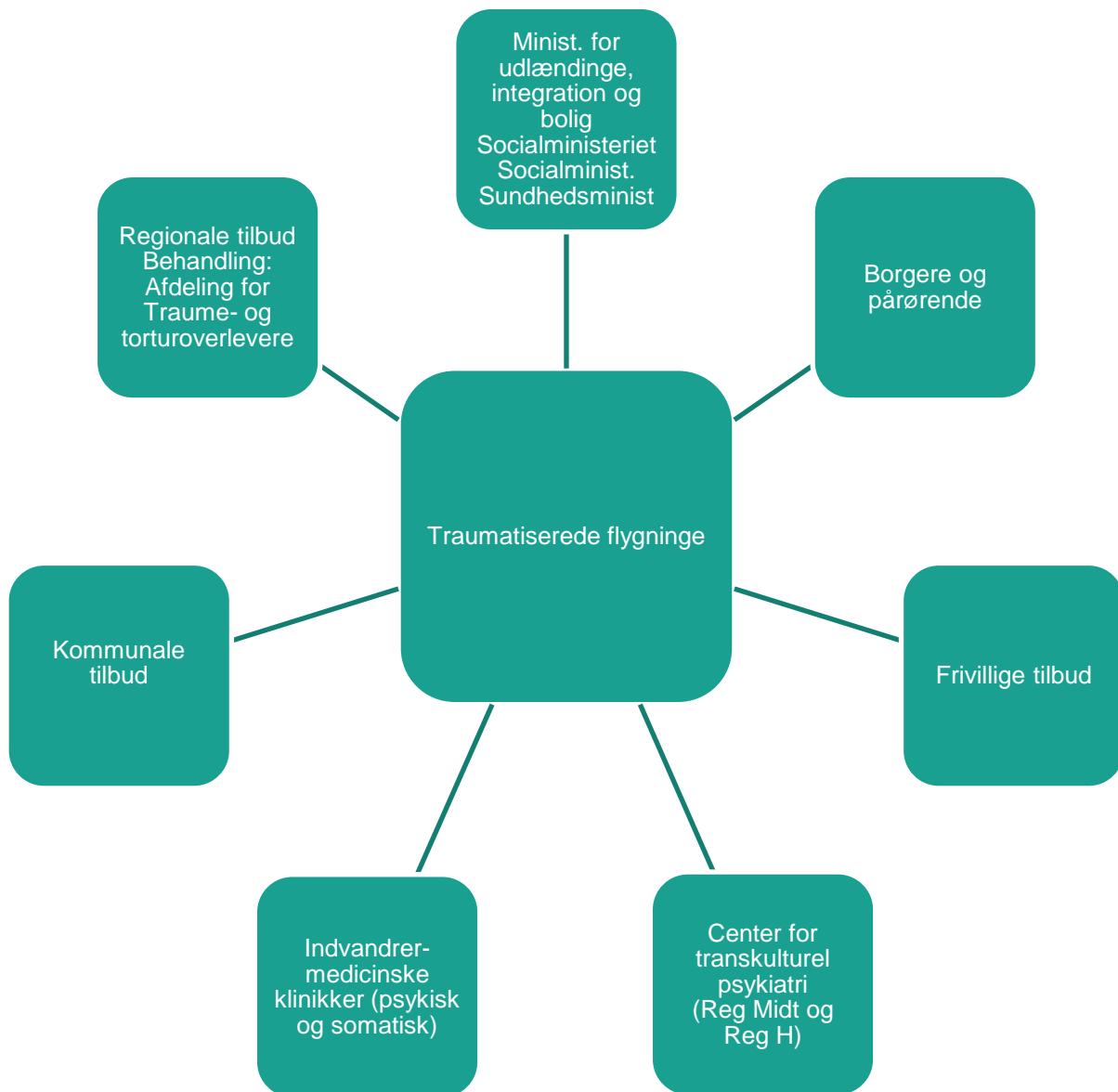
Omfanget af den aktuelle flygtningestrøm, som begyndte i 2015, stiller samfundet overfor en række udfordringer på både kort og lang sigt. Såfremt denne population udvælges vil disse aktuelle udfordringer skulle belyses yderligere.

Populationer og subpopulationer

Der er en række forskellige subpopulationer, vi ser mulighed for at arbejde videre med, alt efter hvilke udvælgelseskriterier vi bruger, og hvad vi ønsker at opnå. For alle de nedenstående subpopulationer gælder det, at vi vil kunne adressere forskellige problemfelter under overskriften "Traumatiserede flygtninge".

- Nytilkomne flygtninge (screening og tidlig opsporing)
- Kronificerede flygtninge (patienter i specialiserede behandlingstilbud- eller rehabiliteringsforløb som eksempelvis regionernes traumecentre, DIGNITY, Kompetencecenter for tværkulturel psykiatri eller tilsvarende).
- Sekundært traumatiserede (med fokus på familier eller børn af traumatiserede flygtninge)
- Flygtningegrupper i udvalgte kommuner (geografisk udvælgelse)
- Flygtningegrupper i tilbud hos frivillige organisationer (eksempelvis Dansk Flygtningehjælp, Dansk Røde Kors, Mubabet)

Netværk



Interviews

- Ulla Wernberg-Møller, leder af Center for Traume- og Torturofre, Region Syddjylland
- Charlotte Kærgaard Sonne, Ph.d.-studerende, Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet/. Institut for Psykologi. Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup. Center for interkulturel psykiatri
- Helge Kjersem, Ledende overlæge, Indvandrermedicinsk klinik, Hvidovre Hospital
- Lisa Duus, projektleder Peer-Mentor Project, Indvandrermedicinsk klinik, Hvidovre Hospital

Dobbeltdiagnose

Hvem er borgere med dobbeltdiagnose

Dobbeltdiagnose defineres som en "samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser" (WHO: Lexicon of alcohol and drug terms, Genève, 1995).

Vi skal i denne rapport bruge "dobbeltdiagnose" som gennemgående term, og i overensstemmelse med Social Udviklingscenters SUS og Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoses brug af termen, hvor den er dækkende for alle med den samtidige forekomst af misbrug og psykiske lidelser – uanset om de har en diagnose eller ej.

Det findes af mange årsager ikke nogen entydig definition eller opgørelse af antallet af mennesker med dobbeltdiagnose i Danmark. En af årsagerne er, at der er stor variation i brugen af ordet "dobbeltdiagnose" og variation i diagnostiseringen af borgere med dobbeltdiagnose: Nogle bruger WHO's definition. Andre bruger "dobbeltdiagnose" om forekomsten af to samtidige psykiske lidelser hos samme person. Andre igen taler om "ko-morbiddet" (som også bruges om to eller flere samtidige somatiske sygdomme) eller "dobbelbelastede"^{23,24}. "Dobbelbelastede" bruges af nogle som beskrivende for mennesker der både har et misbrug og en psykisk lidelse, men i en mildere form (se nedenfor, hvor der beskrives hhv Sundhedsstyrelsen og SUS' bud på opdeling i grader af misbrug og psykisk lidelse).

Borgere med samtidig forekomst af psykisk lidelse og misbrug har ofte en lang række andre problemer af social eller økonomisk karakter, eksempelvis omsorgssvigt, hjemløshed, kriminalitet eller "en kamp for at få hverdagen til at hænge sammen", som SUS beskriver det i undersøgelsen "Videnbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug"²⁵.

Studier, der forsøger at opgøre antallet varierer i metode og grundlag²⁵, og kan derfor ikke give et hverken entydigt eller sammenhængende billede. Det seneste bud på en opgørelse over, hvor mange mennesker der skønnes at have samtidig forekomst af misbrug og psykisk lidelse, er fra 2010, hvor kommunerne via en spørgeskema kommer med et skøn. Her opgøres antallet til omkring 0,4% af borgere i Danmark, svarende til omkring 22.000^{6,23}. Dertil kommer et ukendt antal, som ikke er registreret nogen steder. Oplevelsen i kommunerne er, at gruppen af borgere med dobbeltdiagnose er stigende. Ifølge SUS kan det måske være udtryk for et stigende fokus på denne gruppe^{6,23,25}.

I et studie af prævalensen af misbrug opgjort udelukkende blandt psykiatriske patienter i en kohorte fra 1969, peger de nyeste tal (2015) på en meget høj prævalens af misbrug blandt psykiatriske patienter – eksempelvis 37% for skizofrene lidelser, 28% for andre psykoser, 25% for depression og 46% for andre personlighedsforstyrrelser²⁶.

Netop fordi problemet med sammenfald af misbrug og psykisk lidelse ikke begrænser sig til dem, der har fået en diagnose, er det vigtigt at understrege, at den følgende beskrivelse af udfordringerne ikke begrænser sig til dem, der har fået stillet en diagnose. Problemet med samtidigt misbrug og psykisk lidelse er til stede for andre mange mennesker end de, der er i kontakt med behandlingssystemet.

Hvad er udfordringerne?

I interviews og litteratur^{6,23-25}, der er gennemgået som baggrund for denne 90-dages cyklus i forbindelse med belysningen af dobbeltdiagnose går nedenstående udfordringer igen. Udfordringerne kan kategoriseres under "Systemmæssige og organisatoriske problemer" og "Problemer for borgeren". Punkterne er opgjort i efteråret 2015 af leder af Kompetencecenter for dobbeltdiagnose, Katrine Schepelern Johansen²⁷.

Systemmæssige og organisatoriske problemer

- Få integrerede behandlingspladser (hvilket står i kontrast til at stort set al litteratur på området anbefaler en integreret behandling²⁵)
- Traditionelt forholdsvis store kulturforskelle mellem psykiatri og misbrugsbehandling (og socialpsykiatri)
- Området er også splittet lovgivningsmæssigt og mellem myndigheder (social, sundhed)
- Der har kun været få tværsektorielle initiativer og regningslinjer og kun vage beskrivelser af behandlingsansvar
- Psykiatrien har haft en tendens til kun at se misbruget, misbrugsbehandlingen har tilsvarende haft tendens til kun at se den psykiske lidelse
- Manglende viden og behandlingsmæssige kompetencer i de to systemer
- Traditionelt en opfattelse i psykiatrien af, at man ikke kan diagnosticere og behandle mennesker, der også har et misbrug
- Afvisning i visitation
- Det øgede fokus på standardiserede tilbud i psykiatrien (fx pakkeforløb) presser dobbeltdiagnosepatienterne ud
- Tilsvarende retningslinjer om afslutning efter kun få udeblivelser
- Uklart hvem der kan løfte den psykiatriske behandling for de mennesker med en dobbeltdiagnose, der ikke hører til i den hospitalsbaserede psykiatri?
- Hvordan får man inddraget og forpligtet primærsektoren (privatpraktiserende læger, psykiatere og psykologer)?
- Skal kommunerne opgradere på det psykiatriske område (og hvordan)?
- Der er stor geografisk forskel på typen og mængden af tilbud
- Der mangler gode, systematiske erfaringsopsamlinger på tværs af projekter

Problemer for borgeren

- De to problemområder forstærker hinanden
 - Dårlig forløb/prognose
 - Flere og sværere symptomer
 - Dårlig kompliance^{vii}
- Ofte yderligere komplicerede forhold (somatik, sociale forhold, økonomi, kriminalitet)
- Ofte behov for langvarige og opsøgende indsatser
- For nogle mennesker også adfærdsmæssige problemer, der gør det vanskeligt at passe ind i behandlingssammenhæng
- Blandt andet pga ovenstående opleves gruppen også som "vanskelig" af personalet

Øvrige udfordringer

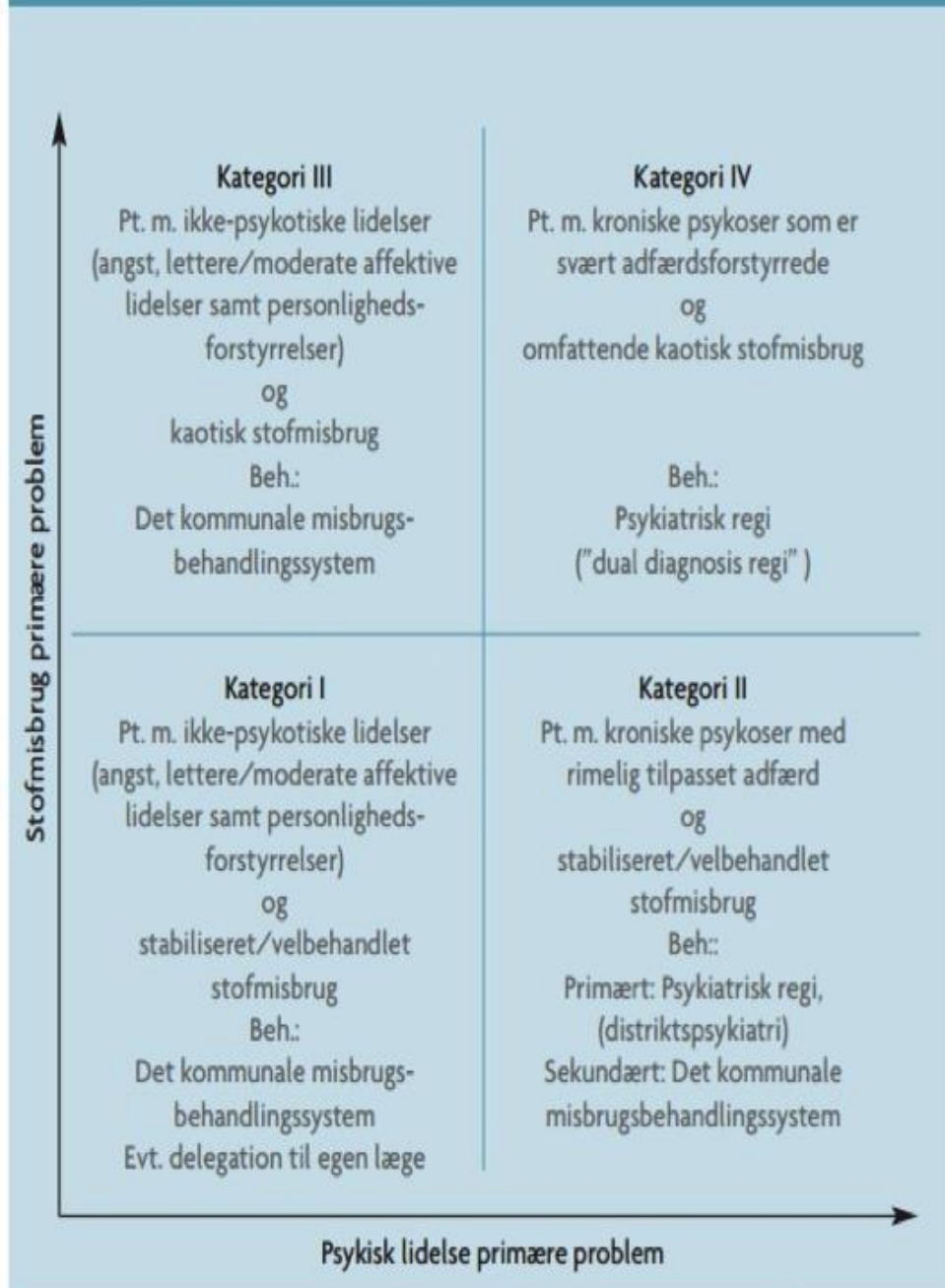
I tillæg til ovenstående lister kortlægger SUS i rapporten "Videnbase. Indsatsen for mennesker med sindsledelse og misbrug" yderligere tre udfordringer, der relaterer sig til forskning og viden om populationen^{25,28}:

- Det er vanskeligt at opgøre og afgrænse, hvem målgruppen er
- Forskning på feltet og om effektfulde indsatser er begrænset
- Brugerperspektivet ift behandling og social indsats er uudforsket

^{vii} Kompliance skal i denne sammenhæng forstås som en observation af, at denne patientgruppen typisk ikke tager den medicin som de får ordineret, sådan som ordinationen foreskriver. Der tages ikke umiddelbart stilling til, om hvorfor dette sker og hvilken dialog der er gået forud. Begrebet er taget fra videnskabelige artikler, der beskriver dobbeltdiagnose området. Nogle af de varianter Kompetencecenter for dobbeltdiagnose angiver kan eksempelvis være at patienten ikke tager sin antipsykotiske medicin fordi man ikke kan lide effekten, fordi man glemmer det eller fordi man har ambivalens overfor medicinen. At man samler noget af sin medicin sammen så man kan tage en større dosis nogle dage og dermed få en anden/større effekt, ryge eller injicere medicin i stedet for at spise den, sælge sin medicin og købe noget andet, supplerer sin ordinerede medicin med anden eller samme medicin købt illegalt.

Populationer og subpopulationer

Figur 16: Overordnede principper for behandlingen af stofmisbrugere med psykiske lidelser



Der findes som beskrevet ingen fyldestgørende opgørelse over, hvor mange mennesker i Danmark, der kan siges at have dobbeltdiagnose. Nedenfor beskrives nogle mulige redskaber, der kan bidrage til at identificere, hvilken population der skal være genstand for et Triple Aim initiativ.

Ifølge Sundhedsstyrelsen "Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substituionsbehandling²⁹" kan dobbeltdiagnosepatienter deles op i fire grupper, som er guidende for hvilken behandling, der kan iværksættes, og hvem der er ansvarlig for behandlingen. Modellen er baseret på ICD-10 diagnosesystemet, som også isoleret set kunne bruges til at udvælge og følge en subpopulation.

Modellen kan måske pege i retningen af en mere præcis målgruppe. Men det er vigtigt at understrege at opdelingen ikke er entydig i praksis²⁵.

Socialt udviklingscenter SUS har et andet bud på hvordan mennesker kan indeles og afgrænses. Modellen baserer sig på det litteraturstudie, som er opsummeret i rapporten "Vidensbase. Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug²⁵"

	Borgere med skadeligt brug af narkotika (illegale stoffer, fx heroin, kokain, amfetamin, hash, khat mm.). Eventuelt også med alkoholmisbrug.	Borgere med skadeligt brug af alkohol uden brug af narkotika.
Borgere med svære psykiske lidelser (skizofreni og andre psykotiske tilstande)	Målgruppe A	Målgruppe B
Borgere med lettere psykiske lidelser (fx depression, personlighedsforstyrrelse, følelsesmæssige forstyrrelser mm.)	Målgruppe C	Målgruppe D

SUS gør det klart, at de fire forskellige grupper på ingen måde er homogene, og at der er tale om estimater opgjort på et meget uklart grundlag. SUS inddeling af populationen kan bruges som en rettesnor til at komme tættere på hvilke udfordringer, der er gældende for en specifik subpopulation, hvilke indsats, behandling og interventioner, der er mest effektive – baseret på litteraturen. Men at målgruppeinddelingen ikke kan sige noget endegyldigt om indsatsen over for den enkelte, som altid bør tilrettelægges individuelt.

I relation til Triple Aim¹⁸ er ovenstående former for afgrænsning af population eller subpopulation én af to mulige veje til afgrænsning; at vælge en population, som defineres via diagnosekriterier, som er indskrevet på et bestemt behandlingssted eller som bor på et bestemt bosted. I den form for afgrænsning kan ovenstående to modeller ses som hjælpeværktøjer.

En anden vej til at udvælge sin population er at udvælge den geografisk, som eksempelvis "hjemløse på Vesterbro" eller vælge at arbejde med "dobbeltbelastede unge i alderen 15-25 i Århus kommune" eller "unge med psykiske udfordringer og misbrug på erhvervsskoler i region midtjylland" – og så ad den vej forsøge at afgrænse populationen. Denne tilgang vil ofte være svær at opgøre præcist¹⁸, men en vej at gå, hvis man ønsker at arbejde med en problemstilling og i første omgang har svært ved afgrænse populationen.

Københavns kommunes misbrugscenter for unge "U-turn" oplyser eksempelvis at mange af de unge, der henvender sig, ikke har en dobbeltdiagnose i ICD10-forstand, men kan ikke genkende til både psykiske problemer og misbrug.

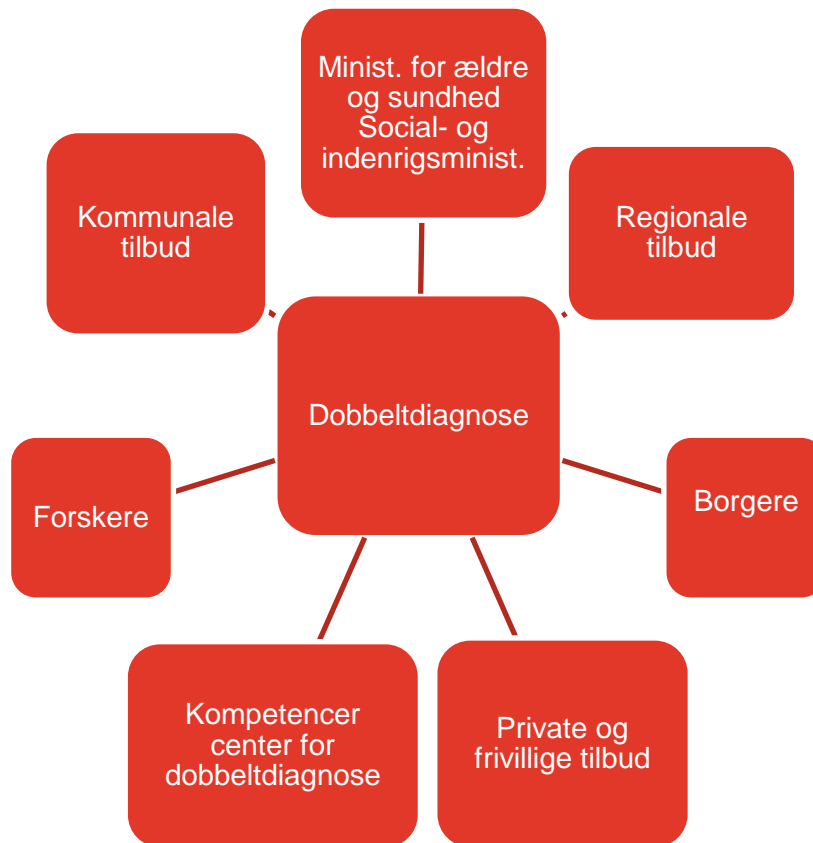
Overlæge Anne Thalsgård Jørgensen, Afdeling M, Psykiatrisk Center Sct. Hans mener, at der kan være hensigtsmæssigt at skelne mellem forskellige former for misbrug (alkohol, piller, stoffer) i udvælgelsen af en population. Eksempelvis kan borgere med ikke-psykotiske lidelser og et samtidigt pille- eller alkoholmisbrug have svært ved at finde et passende tilbud, hvis de ikke vurderes at passe ind i psykiatriens behandlingstilbud. Disse "gråzonepatienter er ofte ilde stedt",

fortæller Anne Thalsgård Jørgensen. Dog gør hun samtidig opmærksom på, at det kan være vanskeligt at lave faste kategorier for alle former for misbrug, da nogle både vil misbruge eksempelvis både alkohol og stoffer – en problematik som også afspejles i SUS model for inddeling af populationen (se ovenfor)²⁵.

Her en liste over mulige subpopulationer på baggrund af ovenstående:

- Unge med ikke diagnostiserede dobbeltdiagnoseproblematikker
- Dobeltdiagnose – afgrænset ved misbrugsform (alkohol, piller, stoffer)
- Dobeltdiagnose afgrænset ved behandlingssted eller bosted

Netværk og samarbejdspartnere



Interviews

- Katrine Schepelern Johansen, Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser
- Anne Thalsgaard, Overlæge, Afdeling M, PC-SHH
- Kristian Holte Kofod, psykolog ved U-turn, Københavns kommune tilbud til unge med misbrugsproblemer
- Henrik Thiesen, leder af Københavns kommunes Sundhedsteam.
- Socialt udviklingscenter SUS, Programchef Jørgen Anker, Chefkonsulent Birgitte Bækgaard Brasch, Chefkonsulent Louise Boye Larsen
- Martin, ambassadør for "En af os" – erfaringer med psykisk lidelse og misbrug

Ældre med depression

Hvem er "ældre med depression"

Der findes ikke noget entydigt billede af hvor mange "ældre med depression", der findes i Danmark. Både fordi der ikke er nogen entydig afgrænsning af, hvornår man hører til "de ældre", og fordi der er en række yderligere udfordringer ved at opgøre gruppen.

Det har hidtil været udbredt at anvende folkepensionsalderen som skæringslinje, men hvordan man ældes, hvornår man selv oplever sig blandt "de ældre", og hvorvidt det omgivende netværk og samfund oplever den enkelte borger som blandt "de ældre", vil bero på en vurdering af den enkelte borger – uanset hvad den officielle folkepensionsalder angives til på et givent tidspunkt. Tendensen er, at vi lever længere, og at vi i gennemsnit har færre dårlige leveår. Dog vil dette ikke gælde alle befolkningsgrupper idet eksempelvis Sygdomsbyrderapporten viser talrige eksempler på at de socialt dårligere stillede ikke altid vil følge med i denne positive udvikling^{1,30}. Samlet set kan man sige, at "gammel" og "ældre" er uklare kategorier, der skal ses i relation til social position, livsforløb, uddannelsessituation osv.

I litteraturen beskrives prævalensen for ældre med depression som høj³¹⁻³³. Vi ved fra sygdomsbyrderapporten¹ (2015) at prævalensen af depression blandt danskere i alderen 65-85+ er 18.520, hvilket svarer til omkring 20% af alle personer med en depression og omkring 2% af den samlede befolkning over 65år. Vi ved også at cirka dobbelt så mange kvinder som mænd har depression (i alle aldersgrupper), og at kvinder generelt ligger over mænd på en række byrdemål som eksempelvis skadestuebesøg, besøg hos alment praktiserende læge og tilkendte førtidspensioner.

Men udover de officielle tal er det en udbredt opfattelse blandt eksperter på området, at der er mange ældre med depression, som vi ikke opdager eller kender til. Her peger undersøgelser på at omkring 5% af befolkningen på 65 år og derover lider af depression³⁴. På baggrund af et studie af ældre med depression, der siden 1994 har fulgt en gruppe ældre med depression, anslår læge Jens Kronborg Djernes at omkring 17% af alle ældre, hjemmeboende og svækkede mennesker har en grad af uopdaget depression.

Der synes at være en udbredt oplevelse af, at der er mørketal på området, og flere forskellige bud på hvad det skyldes. Nogle peger på at diagnostikken er utilfredsstillende³³. Andre beskriver eksempelvis, at der fortsat er behov for at udvikle og optimere systemer til at opspore og forebygge depression blandt ældre^{30,35}

Hvad er udfordringerne?

Hvis vi skal opdage og forebygge depression blandt ældre, skal vi adressere de risikofaktorer, som litteraturen peger på. Disse hyppigste og vigtigste risikofaktorer for depression hos ældre er i prioriteret rækkefølge^{31,33}:

- Kvinde^{viii}
- Somatisk sygdom
- Kognitiv svækkelse
- Infarctus cerebri
- Mangel på eller tab af nære relationer
- Anamnese på depression
- Enkestand
- Afhængighed af hjælp (fx i ADL)
- Belastende livssituationer
- Bolig i institution
- Dårlig økonomi
- Depressionsreducerende lægemidler

Diagnostisering

Vi kender således risikofaktorerne, men alligevel peger forskningen på, at ældre med depression ikke opdages. I forhold til den utilfredsstillende diagnostisering opsummerer Jens Kronborg Djernes følgende udfordringer³⁶:

- Mange ældre bryder sig ikke om at tale om, at de har det dårligt
- Ældre undlader at gå til lægen, hvis de har det dårligt^{ix}
- Ældre kommer til lægen og beskriver somatiske symptomer, der kan gøre det vanskeligt at opdage depression eller begyndende depression
- Ældres symptomer på depression adskiller sig fra andre aldersgruppers symptomer

Andre artikler underbygger pointen om, at det kan være vanskeligt at diagnosticere ældre med depression. Blandt andet fordi det kan være svært at skelne mellem depression, begyndende demens, kompliceret sorg og skrøbelighed (defineret som særlig sårbarhed og nedsat modstandskraft overfor forskellige stressorer, som resulterer i øget sårbarhed overfor eksempelvis fald og hospitalindlæggelse) samt andre lidelser, som ældre mennesker kan opleve³⁷⁻³⁹. Udfordringen kan derfor være, at den ældre ikke får det rette tilbud eller behandling³⁶.

^{viii} Forskningen peger på at det er kvindens rolle i familien, der er med til at tegne dette billede. Kvinden er den person, som børn og andre familiemedlemmer kommer til med deres problemer. Dette aspekt af kvindelivet kan skabe bekymring og sorg, der kan være medvirkende til at udløse depression^{31,36}.

^{ix} Forskning peger på at især kvinder og ældre med anamnese på depression synes vanskelige at "fange" og diagnosticere³³.

Hvad er det gode liv?

Sammenhængen mellem ensomhed og fysisk og psykisk helbred er påvist i en lang række studier⁴⁰ – herunder sammenhængen mellem ensomhed og depression^{31,35,40,41}.

I bund og grund handler det om at have et godt liv som ældre og gammel, hvis man skal øge chancerne for fysisk og psykisk velvære. Og selvom det naturligvis er meget forskelligt og individuelt for ældre (og alle andre), hvad der definerer "et godt liv", er der dog i litteraturen en enighed om at en række faktorer, der fremmer "det gode liv". En af de væsentligste faktorer er netop et godt socialt liv³⁴.

Antallet af ældre medborgere er stigende, og det kan argumenteres, at samfundet i højere grad skal indrettes på en måde, så det kan håndtere de deraf stigende udgifter til denne befolkningsgruppe. En af konsekvenserne, som kommunerne har taget, er at indrette hjælpen til ældre under overskrifter som eksempelvis "hjælp til selvhjælp", "længst muligt i eget hjem", "hverdagsmestring". Disse ord er i fokus fordi det, at kunne klare sig selv, er medvirkende til, at man oplever høj livskvalitet. Samtidig er der også en risiko ved denne fokusering på hverdagsrehabilitering, at det at have et socialt velfungerende liv overses³⁵. Kommunerne inviterer og samarbejder derfor i stigende grad med frivillige organisationer og tilbud, der supplerer de rehabiliterende og service-orienterede indsatser med en bred vifte af tiltag, der modvirker ensomhed, manglende motion, dårlig eller for lidt kost og en lang række af øvrige initiativer, der kan forbedre livskvaliteten – herunder forebygge depression - for ældre mennesker³⁵.

Man kan derfor mene at der findes alle de tilbud og muligheder, litteraturen peger på, der skal til for at sikre et godt fysisk og psykisk helbred blandt ældre – herunder at forebygge den høje forekomst af depression. Til trods for dette, vil der stadig være en lang række ældre mennesker, hvis dårlige trivsel, helbred og eventuelt begyndende depression, vi ikke opdager.

Sundhedsstyrelsens guide til kommunerne kortlægger alle de gode tilbud og kommer med redskaber til forebyggelse^{30,35}. Men derudover beskrives også et behov for opmærksomheden på, at de, der på eget initiativ eller ved brug af støtteordninger i enten kommunalt eller frivilligt initiativ, kan gøre brug af alle disse tilbud trods alt har ressourcer. De allersvageste ældre vil ofte være kendetegnet ved først og fremmest at have et dårligt psykisk helbred, der i kombination med et dårligt fysisk helbred holder dem fast i isolation og ensomhed. Dem fanger vi ikke med alle disse tilbud⁴².

En anden pointe kan være, at selvom der allerede findes en række gode og virkningsfulde interventioner, er de ikke implementeret systematisk og konsekvent på tværs af eksempelvis kommuner. Der kan derfor være stor forskel på hvilke tilbud og hjælpe/støttefunktioner man kan modtage alt efter hvor man bor i landet. Ifølge Karen Marie Myrndorff, chefkonsulent på ældreområdet, Kommunernes Landsforening (KL), er der også en form for "fitness-effekt" i relation til mange gode tilbud: De ældre deltager i en kortere periode, men falder fra. Der er brug for metoder til at fastholde de ældre de tilbud, der kan forebygge fysisk og psykisk dårligt helbred og understøtte den gode livskvalitet generelt set (Karen Marie Myrndorff, 2015, personlig kommunikation).

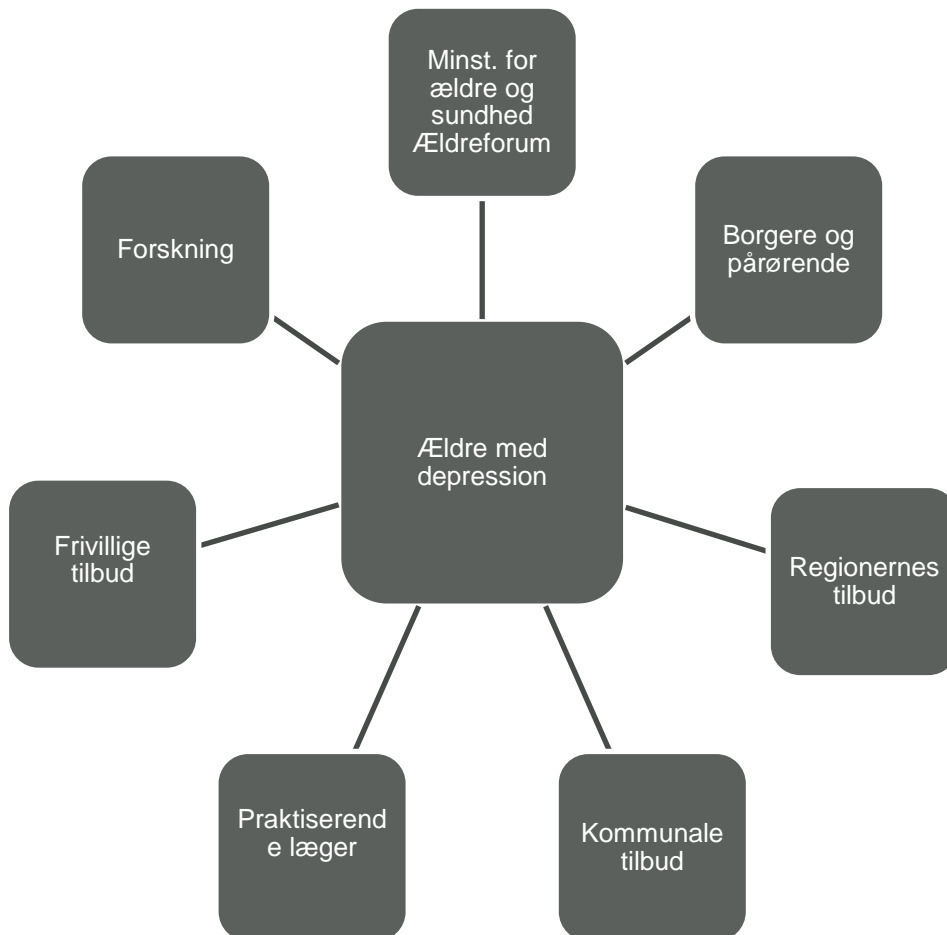
Den 1. januar 2016 træder en ny lov om forebyggende hjemmebesøg i kraft. Den betyder at man fremover skal kunne tilbyde de evidensbaserede forebyggende hjemmebesøg⁴³ helt ned til ældre i gruppen 65+ i særlige risikogrupper, modsat hidtil, hvor kommunerne har tilbudt disse fra 75+. Disse forebyggende hjemmebesøg er et af de evidensbaserede greb, der har vist sig virkningsfulde ift at tidlig opsporing af dårligt fysisk og psykisk helbred.

Population og subpopulation

At udvælge en population vil bero på hvilke udfordringer, der sigtes mod at gøre noget ved. Listen her udgør forskellige bud på subpopulationer i populationen "ældre med depression", der er kommet til syne i research og interviews i denne cyklus:

- Udvalgt aldersgruppe med potentiale for forebyggelse (evt +65) – eksempelvis i udvalgte kommuner
- Ældre i udvalgte (socialt udsatte) boligområder i samarbejde med eksempelvis almen-nyttige boligforeninger
- Udvalgt udsnit med potentiale for forebyggelse – eksempelvis kvinder eller ældre med risiko for recidiv depression.
- Ældre i udvalgte situationer, der udgør risiko for at udvikle depression (udskrivning fra hospital uden forbindelse til netværk eller kommunale servicetilbud, ældre i ny enke-stand, ældre uden pårørende osv (se ovenstående liste over risikofaktorer))

Netværk og samarbejdspartnere



Interviews

- Christine Swane, direktør, Ensomme Gamles Værn
- Annette Landbo, Lena Hammershøj, Anette Odgaard, Thisted kommune, Sygeplejersker i teamet for opsøgende sundhedsfremmende hjemmebesøg
- Jan Bendix Jensen (ældrechef) og Anne Fink (sundhedschef), Thisted kommune
- Karen Marie Myrnrordff, chefkonsulent på ældreområdet, KL

Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde

Ovenstående rapport præsenteres for Triple Aim initiativets Advisory Board i forbindelse med et møde i 21. januar 2016. Advisory Boardet består af følgende medlemmer:

- Göran Henriks. Udviklingsdirektør, Kultorum, Jönköpings Län. Ekspertfakultet, IHI
- Agnete Philipsen. Tidl. psykiatri- og socialdirektør i region Syddanmark
- Bestyrelsesmedlem i psykiatrifonden
- Jane Wiis, Direktør KL (Kommunernes Landsforening)
- Klavs Seerup Rasmussen. Det sociale netværk. Brugerrepræsentant for Forum for recovery, patientsikkerhed og tvang (Region Hovedstaden)
- Lars Ehlers, Professor, Institut for Økonomi og Ledelse
- Mads Cronquist, Direktør Cronquist Consult
- Mette Svarre, Kontorchef "Socialpsykiatri og udsatte voksne", Århus kommune
- Knud Juel, Statens Institut for folkesundhed. Professor, cand.stat., ph.d. Forskningsprogrammet sundhedsfremme og forebyggelse
- Anne Lindhardt, psykiater, formand for Psykiatrifonden
- Annette Sofie Davidsen, Lægeforeningen. Lektor, speciallæge i almen medicin, ph.d., dr.med, forskningsenheden for Almen medicin, Københavns universitet

På mødet drøftes de tre populationer og deres potentiale for at være genstand for Partnerskabets Triple Aim initiativ. Advisory Boardet bekræfter rapportens beskrivelse af de udfordringer der kendetegner de respektive populationer og supplerer beskrivelserne med en række pointer.

Det står imidlertid klart efter mødet, at valget af population ikke kan tages entydigt eller ved sammenligning af de tre populationers situation, da alle tre populationer (og mange andre, som ikke er belyst i denne cyklus) kunne være relevante at arbejde videre med. Dels i forhold til at forbedre sundhed og livskvalitet for en given population. Dels for at undersøge potentialet i at bruge Triple Aim som løftestang til at løse komplekse (wicked) problemer på tværs af sektorer, aktører og interessenter.

Partnerskabet beslutter derfor at afsøge mulige partnerskaber for samarbejde om det konkrete initiativ og lade disse partnerskaber have indflydelse på hvilken population der skal være genstand for Triple Aim initiativet.

Næste skridt i processen bliver derfor af holde møder med kommuner, som vi præsenterer for Triple Aim og de tre populationer, som er i spil: Mennesker med dobbeltdiagnose, ældre med depression og traumatiserede flygtninge. Heraf uddrages en population, hvor forhåbentlig 5 men sandsynligvis færre kommuner vil med i den videre proces. Hvis der ikke tegner sig et entydigt eller overvejende valg af én population, vælger Partnerskabet population, selvom det så måske vil afskære en eller flere kommuner fra at deltage. I denne afsøgende proces lægges der vægt på, at de kommuner, som inviteres med til udviklingen af initiativet, skal have vilje og engagement samt kapacitet og ambitioner til at udvikle og siden gennemføre et initiativ.

Populationerne drøftes lokalt med kommunerne i relation til de tre dimensioner i Triple Alm (population health, patient experience og cost per capita) samt den aktuelle kommunes lokale situation og behov for at bruge Triple Aim som løsningsmodel.

Således giver den cyklus, der ligger til grund for nærværende rapport, anledning til yderligere aktiviteter og undersøgelse, der kan føre til en endelig beslutning om population. Denne proces forventes afsluttet i foråret 2016. Derefter dykkes der ned i hvilke interventioner og samarbejder, der kan udgøre selve initiativets projektportefølje.

Litteraturliste

1. Sundhedsstyrelsen. *Sygdomsbyrden I Danmark*. Sundhedsstyrelsen; 2015.
2. Park S, Takahashi S. 90-Day Cycle Handbook. *Carnegie Found.* 2013:1-32.
3. Institute for Healthc. 90-Day Learning Cycle. www.ihl.org.
4. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. *Hvad Er Triple Aim ? Nye Veje I Sundhedsvæsenet*.
5. Lewis N. A Primer on Defining the Triple Aim What Do the Different Terms Mean ? Do I Need Permission to Use These Terms ? *IHI Blogindlæg*. 2014.
6. Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. 2013.
7. Borg V, Nexø MA. *Hvidbog Om Mentalt Helbred , Sygefravær Og Tilbagevenden Til Arbejde*.; 2010. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/hvidbog-mentalt-helbred.pdf>.
8. Oecd. *Mental Health and Work: Denmark*.; 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>.
9. WHO. WHO Fact sheet – Mental health. 2013:1-3.
10. Board TE. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive , coordinated response from health and social sectors at the country level. *World Health.* 2012;(January):6-9. [http://www.who.int.libaccess.lib.mcmaster.ca/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf](http://www.who.int/libaccess/lib.mcmaster.ca/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf).
11. Laderman M. Behavioral Health Integration: A Key Component of the Triple Aim. *Popul Health Manag.* 2015;0(0):150618123001008. doi:10.1089/pop.2015.0028.
12. Kanton W, Unützer J. Consultation Psychiatry in the Medical Home and Accountable Care Organizations: achieving the Triple Aim. *Gen Hosp Psychiatry Author manuscript*.; 2012;Juli:997-1003. doi:10.1016/j.biotechadv.2011.08.021.Secreted.
13. Laderman M, Mate K. Integrating behavioral health into primary care. *Healthc Exec.* 2014;29(2):74, 76-77. doi:10.1037/14441-014.
14. Kanton W, Unützer J. Health reform and the Affordable Care Act: The importance of mental health treatment to achieving the triple aim. *J Psychosom Res Author Manusc.* 2013;November:997-1003. doi:10.1016/j.biotechadv.2011.08.021.Secreted.
15. Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. *Inst Healthc Improv.* 2012;Innovation:40.
16. Holm-petersen C, Buch MS. *Litteratur Om Ledelse Af Samarbejde På Tværs Af Sektorer I Sundhedsvæsenet*.; 2014.
17. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Aff.* 2008;27(3):27, 759-769. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759.
18. Whittington JW, Nolan K, Torres T. Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. *Milbank Q.* 2015;93(No. 2):263-300.
19. Insight L. Traumeundersøgelse 2013. 2015;1:1689-1699. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.

20. Norredam M, Priebe S, Krasnik A. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Fam Pract.* 2013;14:17.
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=23356401>.
21. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2015;15(1):29. doi:10.1186/s12914-015-0064-9.
22. Slobodin O, de Jong JT. Family interventions in traumatized immigrants and refugees: A systematic review. *Transcult Psychiatry.* 2015;52(6):723-742. doi:1363461515588855 [pii].
23. Hagensen P, Henriksen J, Christensen I. Mennesker med dobbeltdiagnose kræver ikke dobbelt indsats. 2010.
24. Johansen KS. *Tværasektorielt Samarbejde Om Mennesker Med En Dobbeldiagnose.*; 2015.
25. Sus SU. Vidensbase. 2011.
26. Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015. doi:10.1007/s00127-015-1104-4.
27. Scherpeleer Johansen K, Larsen JL, Jeppesen PP. Præsentation Sundhedsstyrelsen 041115 m_cases.
28. Crome BI, Chambers P, Frisher M, Bloor R, Roberts D. The relationship between dual diagnosis : substance misuse and dealing with mental health issues. *Most.* 2009;(January).
29. Sundhedsstyrelsen. *Vejledning Om Den Lægelige Behandling Af Stofmisbrugere I Substitutionsbehandling.*; 2008.
30. Sundhedsstyrelsen. *Forebyggelse På ældreområdet - Håndbog Til Kommunerne.*; 2015.
31. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372-387. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x.
32. Porsgaard B, Ørthøj JP, Djernes JK. Forbedret indsats for ældre med depression kræver samarbejde. *Sygeplejersken.* 2010;(2).
33. Djernes K, Gerontopsykiatri SI. FORBEDRET INDSATS FOR ÆLDRE MED DEPRESSION KRÆVER. 2010;(2):53-56.
34. Swane CE, Johannesen A. Forebyggelse af ensomhed, isolation, depression og selvmord. In: *Ergoterapi Og Fysioterapi for ældre.* ; 2012:277-287.
35. Wahl-Brink D, Olesen MS, Dige Rejtkjær C. INDSATS GUIDE ENSOMHED BLANDT ÆLDRE Viden og inspiration til handling. 2015.
36. SCHELDE N. Mange ældre har en uopdaget depression. *Kristligt Dagbl.*
37. Choi H. Impact of social isolation on behavioral health in elderly: Systematic review. *World J Psychiatry.* 2015;5(4):432. doi:10.5498/wjp.v5.i4.432.
38. Mezuk B, Edwards L, Lohman M, Choi M, Lapane K. Depression and frailty in later life: A synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(9):879-892. doi:10.1002/gps.2807.

39. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(11):1287-1295. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1242.
40. Lasgaard M, Friis K. Ensomhed i befolkningen. 2015;3.
41. Hawkey L, Cacioppo J. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Beh Med*. 2010;40; 218-27.
42. Christensen RN, EGV. At Prikke Med Kærlighed - Omsorgsbesøg I En Isoleret Alderdom.; 2011.
43. Vass M. Prevention of Functinal Decline in Older People.; 2010.

Bilag

Bilag 1: Oversigt interviews ifm fravalgte populationer

Her en oversigt over interviewpersoner ifm de populationer, der er fravalgt i løbet af 90-dages cyklus

Veteraner med psykiske lidelser

Kammeratstøtteordningen (KSO), Niels Hartvig Andersen og Bjarne Berner
Veterancenteret, Forskningschef Søren Bo Andersen
Vordingborg Jobcenter, Veterankoordinator Gert Reinhold Frandsen
Center for selvmordsforskning, Lilian Zøllner
Mads Cronquist (AB), veteran
Center for traume og torturofre, Vejle, Ulla Wernberg-Møller

Selvskade

Bo Møhl, specialpsykolog i psykiatri, ansat ved Psykiatrisk Center København og som professor i klinisk psykologi ved Aalborg Universitet.
Girtalk.dk, Anja Bjerre
Center for Selvmordsforskning, Lilian Zøllner
Lisa, Ambassadør, En af os

Bilag 2: Oversigt netværksaktiviteter i 90-dages cyklus

Informationsmøde om Scandiamodellen
Nordisk psykiatrikonference
KLs handicap og psykiatrikonference
Psykiatritopmøde, Det sociale netværk
Dagens medicin temadag: Psykiatrien i nyt gear
IHI international Forum, Orlando

