

# **Patientforløbsbeskrivelse for indlagte patienter**

Psykiatrisk Center Sct. Hans - Afdeling M

# Patientforløbsbeskrivelse for indlagte patienter, PC Sct. Hans, Afd. M

Grøn skrift er gældende vejledninger.

Rød skrift er Afd. M's standarder

Formålet med patientforløbsbeskrivelsen

Patientforløbsbeskrivelsen har til formål,

- At give patienter og deres pårørende en oplevelse af et kendt, effektivt og differentieret behandlingsforløb.
- At fungere som en faglig ramme for de fagprofessionelle, der skal understøtte sammenhængende og effektive patientforløb af høj kvalitet. Dog indenfor rammen af afdelingens ressourcer.
- At gøre roller, opgaver og ansvar synlige, herunder gensidige forventninger.
- At give overblik over afdelingens behov for faglige ressourcer og kompetencer.

**Patientforløbsbeskrivelsen retter sig mod afdelingens sengeafsnit.**

Beskrivelse af Psykiatrisk Center Sct. Hans, afdeling M

Psykiatrisk Center Sct. Hans, afdeling M varetager specialfunktionen overfor patienter med alvorlig psykisk lidelse og svært behandleligt misbrug (dobbeltdiagnoser) i Region Hovedstadens Psykiatri.

Udover specialfunktionen i forhold til patienter med dobbeltdiagnoser varetager afdeling M følgende:

- Ambulant kognitiv adfærdsterapi til patienter med lettere psykiske lidelser.
- Uddannelse af læger, psykologer, sygeplejersker og elever.
- Efteruddannelser i kognitiv adfærdsterapi på flere niveauer.
- Forskning og kvalitetsudvikling indenfor afdelingens speciale og funktionsområder. Afdelingen har 78 senge fordelt på 3 afsnit M20, M21 og M22.

## Behandling

Afsnittene er integrerede afsnit. Dette betyder, at afsnittene har funktion som både åbne og lukkede afsnit. Behandling og pleje varetages i et og samme afsnit, og patienten flyttes kun til anden funktion som led i en behandlings- eller udskrivelsesplan. I afsnittene kan der forekomme aflåsning af områder, hvis der er særlige forhold, der kræver dette. De tre sengeafsnit er i struktur og form ens med hver 26 enestuer. Hvert af afsnittene er organiseret i to teams, og der arbejdes ud fra kontaktpersonsordning og personlig læge.

Den samlede behandling er baseret på Kognitiv Adfærdsterapi i en ramme af kognitiv miljøterapi. Der tilbydes desuden behandlingsforløb med Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) til udvalgte patienter.

Behandling og pleje tager udgangspunkt i et ligeværdigt samarbejde med patienten, patientens pårørende og øvrige netværk. Der tilbydes en tværfaglig indsats afhængig af den enkelte patients problemer og behov.

Behandlingen er organiseret som integreret dobbeltdiagnosebehandling, således at tilgangen hos alle sundhedsprofessionelle er, at både patientens sindslidelse og misbrugslidelse behandles samtidigt og at denne behandling styres via én behandlingsplan.

Tværfagligt består afdeling M af: Psykiatere/læger, psykologer, specialpsykologer under uddannelse, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere, recovery mentorer og sekretærer.

Afdeling M arbejder sammen med aktører fra den kommunale misbrugsbehandling, kommunale bosteder, den øvrige psykiatriske hovedfunktion hen imod en større sammenhæng og integration af behandlingsindsatserne, også på tværs af sektorgrænserne.

For den enkelte patient vil behandlingsforløbet være opdelt i forskellige faser: Henvisningsfase, udredningsfase, behandlingsfase og udskrivningsfase. Overgangen fra en fase til en anden er flydende.

## Baggrund for patientforløbsbeskrivelsen

Patientforløbet blev beskrevet første gang i 2002. Der er dels sket en udvikling i viden om behandling af mennesker med dobbeltdiagnose og dels har de tre afsnit på nogle områder udviklet sig i forskellige retninger. Et for stort antal af patienter ønsker udskrivelse efter få dages indlæggelse blandt andet pga. at deres forventninger og tilbuddet ikke passede sammen. Der var uensartet behandlingstilbud til patienterne og for lidt koordinering og prioritering af behandlingselementerne både internt i afd. M og i forhold til samarbejdspartnere udenfor afd. M

Patientforløbsbeskrivelsen retter sig mod afd. M's personale samt til faglige samarbejdspartnere udenfor afd. M. Patientforløbsbeskrivelse skal opfylde ønsket om en eksplicit beskrivelse af de faglige aktiviteter som personalet udfører i et patientforløb. De faglige aktiviteter og dermed det tilbud patienter får skal i videst muligt omfang være ens på Afd. M's tre sengeafsnit. Det forventes, at Patientforløbsbeskrivelsen skal kunne anvendes til ca. 80% af de indlagte patienter. De resterende ca. 20% af indlagte patienter, er patienter der har særlige behov i relation til deres tilstand. Patientforløbsbeskrivelsen skal fungere som et værktøj der understøtter sammenhængende og effektive patientforløb af høj kvalitet, indenfor rammerne af afdelingens ressourcer.

## Opbygning af patientforløbsbeskrivelsen

Patientforløbsbeskrivelsen er inddelt i de nævnte faser: Henvisningsfase, udredningsfase, behandlingsfase og udslusningsfase. De faglige aktiviteter er beskrevet indenfor de forskellige faser. Der er dels link til de regionale vejledninger og dels henvisning til Afd. M's specialespecifikke standarder, som vil findes som bilag til dokumentet.

### Henvisningsfase

Henvisningsfasen er perioden fra afdelingen modtager henvisning af patienten til patienten er indlagt. Henvisningen modtages fra RHP's central visitation, CVI og er reguleret af VIP dokument:

Central visitation i voksenpsykiatrien i Region Hovedstadens Psykiatri:

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XB58E613A3408E362C125791300785906&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

CVI henviser patienter med kendt misbrug og psykisk diagnose. Når henvisningen modtages i afd. M af sekretær finder denne evt. tidligere journal fra indlæggelse på afd. M, printer evt. andet materiale som ikke findes i SP. Materiale overgives til overlæge der gennemgår materialet, evt. indhenter yderligere oplysninger og fordeler patienterne på de enkelte afsnit overordnet efter hvilket område i Region Hovedstaden patienten kommer fra, men der kan være andre faktorer, så fordelingen til afsnit er fleksibel. Sekretær fordele materialet til relevant afsnit.

Alle henviste patienter inviteres til forsamtale hurtigst muligt og indenfor 2 uger efter henvisningen er modtaget. Patientens opfordres til at også pårørende og professionelt netværk deltager i denne samtale.

Afsnitsledelse vurderer hvilke(n) medarbejder der kan varetage opgaven. Læge eller specialpsykolog deltager ved ikke tidligere kendte patienter og læge deltager hvis det på forhånd vurderes at der er behov for samtale om ændret medikamentel behandling. Samtalen vil indeholde afklaring af patientens forventninger og information om afd. M's behandlingstilbud. Vi vil også tale sammen om patientens motivation for ændring af adfærd, patientens ønsker for mål og samarbejde med patientens netværk. Det kan være relevant, at patienten eller deltagere fra netværk får nogle skemaer der kan udfyldes inden indlæggelsen.

Ved mødet tilbydes patienten også en rundvisning på afsnittet.

**Standard (se bilag): Forsamtale**

### Udredningsfase

Udredningsfasen starter når patienten indlægges og varer op til 3 uger. I udredningsfasen opbygges behandlingsalliance med patienten, der indhentes data til vurdering af patientens tilstand og der startes egentlig behandling af patienten. Der arbejdes aktivt med motivation og evt. forebyggelse af tilbagefald til misbrug.

Patienten modtages så vidt muligt af fast kontaktperson. Patienten deltager i flere samtaler i løbet af de første indlæggelsesdage. Første dag vil der være samtale med kontaktperson og læge/specialpsykolog. Der indhentes data til start af journal.

### Sygeplejefaglig vurdering og journalføring:

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XD7A4B304E848F744C1257F680030EE00&level=1500&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

### Lægelig vurdering og journalføring:

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XD9D3972FF22CC041C1257F64004A11DF&level=1500&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

### Standard (se bilag): Indlæggelsesjournal, udfærdigelse af. (AOP)

Patienten tildeles en plejeforløbsansvarlig sygeplejerske hvis opgave det er, i samarbejde med fast kontaktperson, at tilbyde patienten plejetiltag der er tilpasset patientens problemer, tilstand og behov på rette tidspunkt.

### Standard (se bilag): Plejeforløbsansvarlig sygeplejerske (PAS).

Gennem hele forløbet skal der være samarbejde med patientens netværk. Dette under forudsætning af at det er relevant og at patienten giver samtykke. Pårørende vil blive kontaktet ved indlæggelsen og tilbudt samarbejde og samtaler i forløbet. Ligeledes vil det professionelle netværk tilknyttet patienten blive kontakter mhp. samarbejde.

### Pårørendesamarbejde og inddragelse i voksenpsykiatrien:

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XA2AC86E97CA6B58FC125791300784A82&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

### Standard (se bilag): Samarbejde med professionelt netværk.

På 2.-dagen efter indlæggelsen vil patienten tilbydes at deltage i 1. behandlingsplan møde. Her udarbejdes sammen med patienten, kontaktpersonen og andre relevante 1. behandlingsplan.

### Standard (se bilag): 1. Behandlingsplan

Fra starten af indlæggelsen og så snart patientens tilstand tillader det, tilbydes patienten at deltage i Introduktionsgruppe og psykoedukation.

### Standard (se bilag): Terapeutiske grupper afd. M.

### Standard (se bilag): Psykoedukation.

I løbet af udredningsfasens 3 uger deltager patienten i flere samtaler med forskellige faggrupper. Nogle af samtalerne har til formål at indsamle data, til brug for diagnosticering og formulering af kognitiv problemformulering og fælles mål ved 2. behandlingsplansmøde.

Patientens kontaktperson og fast læge/SPU inviterer hyppigt i udredningsfasen patienten til samtale om patientens psykiatriske problemstillinger, misbrug, motivation og medikamentel behandling. Ved disse samtaler anvendes forskellige metoder til at dataindsamling fx Interview, undersøgelser og screeningsredskaber.

**Standard (se bilag): Lægesamtale/SPU samtale.**

**Standard (se bilag): Medicinjustering**

Der anvendes 3 psykometriske redskaber vedr. fysiske og psykiske symptomer: BAI, BDI-II og Robson SCQ. Nogle patienter kan have udfyldt skemaerne inden indlæggelsen, andre vil have brug for hjælp til udfyldelsen. Der anvendes alkoholmeter ved indlæggelsen og urinscreening for stoffer indenfor 24 timer efter indlæggelsen. Desuden anvendes Dudit E til bl.a. at danne et overblik over omfang og art af misbrug.

**Standard (se bilag): Screeningskemaer psykisk tilstand: BAI, BDI, ROBSON**

**BAI spørgeskema:**

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X083924564F6CC936C1257913007878A9&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500X1.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

**BDI-II:**

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XB3BE9220F1FAE818C125791300785E57&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500X1.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

**Robson spørgeskema:**

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XF26A0EAE95768239C125791300786B5C&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500X1.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

**Standard (se bilag): Screeningsredskaber vedr. misbrug: DUDIT-E, urinscreening og alkoholmeter.**

Ved kontaktpersonens samtale indsamles bl.a. data vedr. observerede og/eller patientens oplevede vanskelige situationer. Der anvendes så vidt muligt kognitive skemaer til systematisk registrering af data. Der kan anvendes Afd. M's fællesskemaer (findes på P-drev). I de fleste tilfælde vil skemaerne kunne anvendes sammen med patienten, hvis ikke udfylder kontaktpersonen skemaerne under/efter samtalen.

**Standard (se bilag): Dataindsamling ved kritiske situationer vedr. patientens psykiatriske problemstillinger.**

Alle professionelle der taler med patienten har fokus på motivationsarbejde. Der indsamles kontinuerligt data vedr. patientens ambivalens og ønske om forandring, således at der ved hver samtale kan iværksættes relevante interventioner.

**Standard (se bilag): Motivationsarbejde**

Mhp. at afdække om der er behov for umiddelbare interventioner vurderer socialrådgiver på baggrund af journalen om der er akutte sociale problemer der skal håndteres.

**Socialfaglig vurdering og journalføring:**

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X083924564F6CC936C1257913007878A9&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500X1.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

[ml?open&unid=X6628947590459BA3C125791300781454&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g](http://ml?open&unid=X6628947590459BA3C125791300781454&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g)

**Standard (se bilag): Identificering af akutte sociale problemer.**

Socialrådgiveren inviterer patienten til samtale indenfor 10 dage efter indlæggelsen. Formålet med samtalen er at afklare sociale problematikker, aftale evt. interventioner og afklare netværk.

**Standard (se bilag): Indledende socialrådgiver samtale**

Afsnittets ergoterapeut tilbyder en samtale hvor der tales om patientens evt. problemer vedr. aktiviteter.

**Standard (se bilag): COPM**

Afsnittets fysioterapeut har en samtale som indeholder dels en dialog vedrørende fysisk aktivitet og dels en dataindsamling vedrørende patientens kropslige ressourcer mm.

**Fysisk aktivitet voksne:**

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X3053C59421E4DAFDC125791300780F8D&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/1500.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

**Standard (se bilag): Fysisk aktivitet samtale**

Afsnittets psykolog inviterer patienten og evt. KP til samtale mhp. at afdække kognitive forstyrrelser mm.

**Standard (se bilag): Psykologisk vurdering**

Patienten og kontaktpersonen udarbejder sammen en problemliste og en foreløbig målliste. Mållisten bruges som udgangspunkt for arbejdet med udformningen af mål ved 2. behandlingsplan møde. Der udarbejdes tillige input til patientens kognitive problemformulering, som også udarbejdes ved 2. behandlingsplan møde.

**Standard (se bilag): Problemliste og målliste.**

Udredningsfasen slutter med afholdelse af 2. behandlingsplan møde med udfærdigelse af 2. behandlingsplan. Op til en uge inden behandlingsplansmødet forbereder kontaktpersonen patienten til at deltage i behandlingsplansmødet. De aftaler blandt andet om/hvad patienten ønsker hjælp til ved mødet. Ved mødet deltager patienten, kontaktperson, kontaktlæge, evt. pårørende, netværk og øvrige relevante tværfaglige personer. Deltagelse kan foregå ved Video-link.

**Standard (se bilag): Kontaktpersonen og patientens forberedelse til 2. behandlingsmøde og de fremtidige behandlingsplansmøder.**

**Standard (se bilag): 2. Behandlingsplan.**

I det tilfælde hvor patienten ønsker udskrivelse inden det planlagte behandlingsforløb er afsluttet, og der derfor er risiko for at patienten "falder ud af systemerne" skal personalet på afd. M samarbejde med det eksterne netværk således så en god overgang fra indlæggelse til udskrivelse sikres.

Standard (se bilag): Opfølgning ved **afbrudt** behandlingsforløb på PC Sct. Hans afd. M.

## Behandlingsfase

Behandlingsfasen varer ca. 6 uger. Behandlingen tager udgangspunkt i 2.behandlingsplan. Relevante fagpersoner varetager de aftalte opgaver i samarbejde med patienten.

I Behandlingsfasen hjælper personalet patienten med at arbejde med alternativer til uhensigtsmæssig adfærd og udvikle nye færdigheder. Fortsat samarbejde med forebyggelse af tilbagefald i misbrug.

Der vil fortsat ved alt observation af, og samarbejde med, patienten foregå dataindsamling vedr. patientens psykiatriske og misbrugsrelaterede problemstillinger.

Standard (se bilag): Dataindsamling ved kritiske situationer vedr. patientens psykiatriske problemstillinger

Læge/SPU og kontaktpersonen vil gennem hele behandlingsforløbet have samtaler med patienten mindst en gang ugentligt. I samtalerne vil de fagprofessionelle i samarbejde med patienten have fokus på læring og træning ift. målene beskrevet i 2.behandlingsplan. Der vil også fortsat være fokus på relevant medicinering. Motivationsarbejdet vil gennem hele forløbet være en vigtig del af behandlingen. Patienten tilbydes plejertiltag så unødigt ventetid for patienten undgås.

Standard (se bilag): Plejeforløbsansvarlig sygeplejerske.

Standard (se bilag): Kontaktpersonens planlagte målrettede samtaler med patienten.

Standard (se bilag): Lægesamtale/SPU samtale

Standard (se bilag): Medicinjustering

Standard (se bilag): Motivationsarbejde

Tværfagligt personale vil gennem forløbet tilbyde patienten samtaler mhp at afhjælpe patientens problemer. Det tværfaglige personale vil arbejde med problemstillinger beskrevet i behandlingsplanen, men også problemstillinger opstået i forløbet.

Standard (se bilag): Samarbejde med professionelt netværk Stan-

dard (se bilag): Socialrådgiverens aktiviteter i behandlingsfasen

Standard (se bilag): Ergoterapeutiske interventioner

Standard (se bilag): Fysioterapeutens interventioner i behandlingsfasen

Standard (se bilag): Psykologens aktiviteter i behandlingsfasen

Som en integreret del af behandlingen arbejder afd. M med gruppebehandling. Det drejer sig både om terapeutiske grupper og aktivitetsgrupper. Den enkelte patient tilbydes deltagelse i relevant(e) gruppe(r) i



forhold til patientens tilstand og behov. Patienten kan deltage i flere grupper af gangen ligesom det kan være relevant at deltage i samme gruppe to gange.

Standard (se bilag): **Terapeutiske grupper afd. M**

Standard (se bilag): **Psykoedukation**

Afhængig af patientens tilstand afholdes der x-antal gange i behandlingsfasen behandlingsplan møde. Udover patienten og teamet omkring patienten inviteres pårørende og det professionelle netværk

Standard (se bilag): **2. behandlingsplan og efterfølgende i behandlingsfasen**

I det tilfælde hvor patienten ønsker udskrivelse inden det planlagte behandlingsforløb er færdigt, og der derfor er risiko for at patienten "falder ud af systemerne" skal personalet på afd. M samarbejde med det eksterne netværk således så en god overgang fra indlæggelse til udskrivelse sikres.

Standard (se bilag): **Opfølgning ved afbrudt behandlingsforløb på PC Sct. Hans afd. M.**

## **Udslusningsfase**

Udslusningsfasen starter med udarbejdelse af behandlingsplan med fokus på udslusning og tiltag efter udskrivning. Behandlingsplan udslusning afholdes senest 4 uger før planlagt udskrivelse.

I Udslusningsfasen samarbejdes med at overføre de indlærte og forbedrede færdigheder til patientens daglige aktiviteter i eget miljø. Der er fortsat fokus på forebyggelse af tilbagefald i misbrug.

Standard (se bilag): **Behandlingsplan udslusning**

Standard (se bilag): **Kontaktpersonens forberedelse til 2. behandlingsplansmøde og de fremtidige behandlingsplansmøder.**

Standard (se bilag): **Samarbejde med netværk i forbindelse med udslusning.**

Det planlægges hvornår patienten starter i udslusningsgruppe. Samtidig fortsætter patienten i ikke færdiggjorte øvrige gruppeforløb.

Standard (se bilag): **Terapeutiske grupper afd. M**

Der vil fortsat være planlagte samtaler med kontaktperson, tværfaglige medarbejdere og læge/SPU. Ved samtale med læge vil medicinering fremover blive aftalt.

Standard (se bilag): **Lægesamtale/SPU samtale**

Standard (se bilag): **Medicinjustering**

Standard (se bilag): **Plejeforløbsansvarlig sygeplejerske (PAS)**

Standard (se bilag): Kontaktpersonens planlagte målrettede samtaler.

Standard (se bilag): Motivationsarbejde

Standard (se bilag): Ergoterapeutiske interventioner

Standard (se bilag): Fysioterapeutens interventioner i udslusningsfasen

Standard (se bilag): Psykologens rolle i udslusningsfasen – fortsat fra behandlingsplanen indtil pt. bliver udskrevet.

I det tilfælde hvor patienten ønsker udskrivelse inden det planlagte behandlingsforløb er afsluttet, og der derfor er risiko for at patienten "falder ud af systemerne" skal personalet på afd. M samarbejde med det eksterne netværk således så en god overgang fra indlæggelse til udskrivelse sikres.

Standard (se bilag): Opfølgning ved **afbrudt** behandlingsforløb på PC Sct. Hans afd. M.

Frem mod den planlagte udskrivelsesdato intensiveres samarbejdet med patientens professionelle netværk.

Standard (se bilag): Socialfaglig overlevering til samarbejdspartnere – professionelt netværk.

Standard (se bilag): Opfølgning ved **planlagt** udskrivelse efter behandlingsforløb på Pc Sct. Hans afd. M.

Dagen før eller på udskrivelsesdagen planlægger kontaktperson og kontaktlæge/SPU en udskrivelsessamtale.

Psykiatriloven – Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner:

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X9314875E1001E17BC125805E00363281&level=1500X1&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Standard (se bilag): Udskrivelsessamtale.

Efter udskrivelsessamtalen udfærdiger kontaktlæge/SPU epikrisen.

<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XD9D3972FF22CC041C1257F64004A11DF&level=1500&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Psykiatrisk Center Sct. Hans  
Afdeling M.  
Juni 2018

Revideret november 2019

## Bilagsfortegnelse

Forsamtale .....	12
Indlæggelsesjournal, udfærdigelse af. (AOP).....	13
Plejeforløbsansvarlig sygeplejerske (PAS).....	14
Samarbejde med professionelt netværk .....	15
1. Behandlingsplan .....	16
Terapeutiske grupper afd. M .....	17
Psykoedukation .....	18
Lægesamtale/SPU samtale .....	19
Medicinjustering .....	20
Screeningsskemaer psykisk tilstand: BAI, BDI, Robson .....	21
Screeningsredskaber misbrug. DUDIT-E, urinscreening, alkometer .....	22
Dataindsamling ved kritiske situationer vedr. patientens psykiatriske problemstillinger	23
Motivationsarbejde .....	24
Identificering af akutte sociale problemer .....	25
Indledende socialrådgiver samtale.....	26
COPM (Canadian Occupational Performance Measure) .....	27
Fysisk aktivitets samtale.....	28
Psykologisk vurdering .....	29
Problemliste og målliste.....	30
Kontaktpersonen og patientens forberedelse til 2. behandlingsplansmøde og de fremtidige behandlingsplansmøder .....	31
2. behandlingsplan og efterfølgende i behandlingsfasen.....	32
Opfølgning ved afbrudt behandlingsforløb på PC Sct. Hans afd. M. ....	33
Kontaktpersonens planlagte målrettede samtaler med patienten.....	34
Socialrådgiverens aktiviteter i behandlingsfasen .....	35
Ergoterapeutiske interventioner .....	36
Fysioterapeutens interventioner i behandlingsfasen.....	37
Psykologens aktiviteter i behandlingsfasen .....	38

<b>Behandlingsplan udslusning .....</b>	<b>39</b>
<b>Samarbejde med netværk i forbindelse med udslusning .....</b>	<b>40</b>
<b>Fysioterapeutens interventioner i udslusningsfasen.....</b>	<b>41</b>
<b>Psykologens aktiviteter i udslusningsfasen - fortsat fra behandlingsplanen indtil pt. bliver udskrevet.....</b>	<b>42</b>
<b>Opfølgning ved planlagt udskrivelse efter behandlingsforløb på PC Sct. Hans afd. M.43</b>	
<b>Udskrivningssamtale.....</b>	<b>44</b>

## Fase: Henvisningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Forsamtale</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Samtale på M. Kort efter at henvisningen er accepteret.
<b>Formål:</b>
At øge antallet af patienters fremmøde til indlæggelse og øge andelen af patienter der gennemfører et planlagt indlæggelsesforløb. At få etableret samarbejde mellem patient, evt. pårørende, samarbejdspartnere og afd. M. At ventetid bliver til forberedelsestid. At øge patientens kendskab til afd. Ms behandlingstilbud.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Tidlig afklaring af patientens forventninger/ visitations beslutning. Forventet større udbytte ved højere gennemførselsandel. Fordi patienten allerede inden fremmød ved, hvad behandlingen indebærer og derfor i mindre grad bliver skuffet. Patienten får mulighed for at forberede sig på indlæggelsesforløbet Større tryghed hos patienten, da behandlingsstedet er præsenteret.
<b>Hvornår:</b>
Hurtigst muligt efter henvisningen er accepteret. Dog senest 2 uger efter at henvisningen er accepteret på afd. M.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Afsnitsledelsen vurderer hvilke(n) medarbejder der kan varetage opgaven: Læge/SPU og/eller sygeplejerske med minimum "Grunduddannelse i Kognitiv Adfærdsterapi" afholder samtalen. Læge deltager hvis det på forhånd vurderes at der er behov for ændret medikamentel behandling. Afs. sekretær aftaler, i samarbejde med evt. læge og sygeplejerske, en samtale i modtagende M afsnit. Afs. Sekretær sender invitation til patient med oplysning om at pårørende og/eller personer fra patientens netværk er velkomne.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Præsentation af evt. kommende KP, (ved genindlæggelse så vidt muligt tidligere KP) og afdeling M Afklaring af patientens aktuelle motivation og mål. Introduktion til samarbejde om behandling før – under – efter indlæggelse Indledende misbrugsbehandling: Udlevering af relevante skemaer til patienten eller efter aftale til kontaktperson der, hvor patienten er i behandling frem til indlæggelsen. Status på evt. koordinerende indsatsplaner. Yderligere aftaler før indlæggelser.
<b>Dokumentation:</b>
Se PIXI XL
<b>Mål og indikatorer:</b>
80% af henviste accepterede patienter er inviteret til samtale der er planlagt gennemført indenfor 2 uger.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>
Guide til forsamtale ligger som smartfrase. (Se PIXI XL)

Klinisk standard  
Fase: Udrednings-  
fase

<b>Navn:</b>
Indlæggelsesjournal, udfærdigelse af. (AOP)
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Afdækning af patientens problemstillinger: Psykisk, somatisk og misbrug
<b>Formål:</b>
Indlede data indsamling, iværksætte eventuel akut behandling. Tage stilling til observationsgrad. Træffe aftale om udgang frem til udfærdigelse af 1. behandlingsplan på 2. dag efter indlæggelse
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Afdække akutte problemstillinger og afdække de foreløbige problemområder, som patienten ønsker at får behandlet under indlæggelsen.
<b>Hvornår:</b>
Hurtigst muligt på dagen for ankomst, bedst før middagskonferencen og ikke senere end 4 timer efter ankomst.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Vagthavende læge(forvagt)/SPU
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Samtale i samtalerum, mellem patient, forvagt/SPU+læge, kontaktperson og evt. pårørende/netværk.
<b>Dokumentation:</b>
SP. SmartText IP PSYK AOP INDLÆG
<b>Mål og Indikatorer:</b>
100% af indlagte pt. har dokumenteret AOP indenfor 4 timer efter ankomst.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

## Klinisk standard

### Fase: Udredningsfasen, behandlingsfasen og udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
Plejeforløbsansvarlig sygeplejerske (PAS).
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
En sygeplejerske tilknyttet den enkelte patient.
<b>Formål:</b>
At øge kontinuiteten under patientforløbet og synliggøre det formelle ansvar for patientens pleje.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Patienten vil opleve kontinuitet i forløbet, relevante plejetiltag uden unødigt ventetid og høj kvalitet af dokumentation i journalen.
<b>Hvornår:</b>
Alle patienter skal indenfor 24 timer efter indlæggelsen tildeles en PAS.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Sygeplejersker tilknyttet afsnittet.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
PAS har ansvaret for at patienten tilbydes plejetiltag der er tilpasset patientens problemer, tilstand og behov på rette tidspunkt. Dette også ift. gældende tidsfrister i vejledninger og standarder. Ansvaret kan delegeres til fast kontaktperson. PAS har ansvar for, at patientens plejeforløb er dokumenteret med de nødvendige og fagligt relevante data og for de vurderinger, der ligger til grund for sygeplejen. Vurdering anvendes til læring i konkrete tilfælde. Ansvaret kan delegeres til fast kontaktperson. PAS har ansvaret for, i samarbejde med fast læge, at sikre koordinering i forløbet. Ansvaret kan delegeres til fast kontaktperson. Indenfor 1 uge efter patienten er indlagt aftales "PAS" og afsnitspsykolog, hvem der har ansvar for oplæg til kognitiv problemformulering.
<b>Dokumentation:</b>
SP. Sundhedsfaglige Teams.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af patienterne er tildelt PAS indenfor 24 timer.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

## Klinisk standard

### Fase: Udredningsfasen, behandlingsfasen og udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Samarbejde med professionelt netværk</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Beskrivelse af hvordan der etableres samarbejde, koordinering og inddragelse med eksterne samarbejdspartnere gennem behandlingsforløbet. Og hvordan disse eksterne parter deltager som aktive partnere i den planlagte behandling i behandlingsfasen.
<b>Formål:</b>
Skabe sammenhæng i borger/patientforløb.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Sikrer ensartethed, sammenhæng, målrettethed og opfølgning gennem forløbene, mhp. at skabe bedre forløb og undgå brud og drop out i forbindelse med overgange.
<b>Hvornår:</b>
Gennem hele behandlingsforløbet.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Soc.rdg. på afd. M er ansvarlig for at kontakte patientens tilknyttede eksterne samarbejdspartnere mhp. samarbejde i forløbet.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
KP/Soc.rdg. på afd. M er ansvarlig for indkaldelse af det identificerede professionelle netværk af eksterne samarbejdspartnere til behandlingsplansmøder (netværket er identificeret i kortlægning v. socialrådgiver i forbindelse med indlæggelse). Deltagere i behandlingsplansmødet: <ul style="list-style-type: none"><li>• Patienten (hvis vedkommende ønsker det)</li><li>• Relevante fagpersoner fra afd. M</li><li>• Det professionelle netværk i det kommunale, regionale og evt. statslige system (Kriminalforsorgen)</li><li>• Patientens pårørende (patientens ønske)</li></ul> Et behandlingsplansmøde varer typisk 1 time. Deltagelse kan evt. foregå ved videokonference.  KP på afd. M kontakter i samarbejde med patienten relevant netværk ved ændringer i patientens tilstand, når patienten tager på orlov, evt. information om hjemmeopgaver, medicin og andet.
<b>Dokumentation:</b>
Under personoplysninger, fanen "Yderligere oplysninger". Og i vurderingsskema psyk vurdering/pleje, afsnittet "Socialt"
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Soc.rdg. har for 80% af patienterne identificeret et netværk og kontaktet patientens netværk mhp. på aftale om samarbejde.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>



Fase: Udredningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>1. Behandlingsplan</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Yderligere og grundigere dataindsamling end journaloptagelse, ved mere erfaren læge.
<b>Formål:</b>
Opbygge samarbejde/ alliance med patienten. Yderligere dataindsamling incl. medicingennemgang og opfølgende vurdering af patientens psykiske og fysiske tilstand. På baggrund af forsamtale og øvrige data formuleres umiddelbare mål for indlæggelsen sammen med patienten. Orientering om obligatoriske grupper og andre – for patienten relevante gruppetilbud. Tildeling af kontaktlæge.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Sikrer veldokumenteret grundlag for den videre behandling
<b>Hvornår:</b>
Indenfor 24 timer efter indlæggelsen.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Afsnittets overlæge/senior læge/SPU
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Samtale mellem patient, kontaktperson og senior læge/SPU. Skabelon i dokumentationsredskab anvendes.
<b>Dokumentation:</b>
I SmartText "GEN PSYK BEHANDLINGSPLAN"
<b>Mål og Indikatorer:</b>
100%
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Alle faser

<b>Navn:</b>
Terapeutiske grupper afd. M
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Anvendelse af kognitive adfærdsterapeutiske principper og metoder i grupper af patienter.
<b>Formål:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• At udnytte de dynamiske processer der sker i en gruppe af patienter med sammenlignelige problemstillinger og udnytte synergien der opstår.</li><li>• At kunne behandle flere patienter samtidig.</li></ul>
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Patienten opnår en læring vedr. egne problemstillinger</li><li>• Patienten opnår nye færdigheder til at kunne håndtere sine problemstillinger</li></ul>
<b>Hvornår:</b>
Gennem hele behandlingsforløbet.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Medarbejdere på afd. M med kompetence indenfor: <ul style="list-style-type: none"><li>• Kognitiv adfærdsterapeutisk behandling</li><li>• Det emne som gruppearbejdet omhandler</li></ul>
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Gruppelederne for den enkelte gruppe planlægger og beskriver: <ul style="list-style-type: none"><li>• Formål for gruppens arbejde</li><li>• Visitationskriterier for gruppens deltagere</li><li>• Konkret indhold i gruppesessionerne</li><li>• Form for gruppesessionerne</li><li>• Antal gruppeterapeuter evt. vikarer</li><li>• Lokalteter</li><li>• Evt. materiale og patientinformation</li></ul>
<b>Dokumentation:</b>
I vurderingsskema "gruppeaktivitet/holdtræning. Se i øvrigt PIXI XL. Gruppe.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af patienterne er tilknyttet/har været tilknyttet mindst en gruppe.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>
Se PIXI XL: Gruppeaktivitet/holdtræning,

Fase: Udredningsfase, behandlingsfase og udslusningsfase

<b>Navn:</b>
<h1>Psykoedukation</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Undervisning af patienter og/eller deres pårørende i emner relateret til psykisk sygdom og kognitiv metode.
<b>Formål:</b>
At formidle viden om sygdomme og behandlingsmuligheder mhp. at patienten udvikler strategier til at håndtere sin hverdag.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Fælles viden og fælles forståelse styrker patientens handlemuligheder, evne til egenomsorg, styrkelse af livskvalitet og forebygger tilbagefald.
<b>Hvornår:</b>
Kontinuerligt gennem behandlingsforløbet
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Alle faggrupper kan varetage psykoedukation.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Alle patienter tilbydes psykoedukation som en del af miljøterapien. Psykoedukation kan foregå planlagt, struktureret for både en gruppe og enkeltpersoner. Kan også foregå situationsbestemt. Emnerne planlægges i samarbejde med patienterne. I vurderingsskemaet
<b>Dokumentation:</b>
I vurderingsskema "Gruppeaktivitet/holdtræning.
<b>Mål og indikatorer:</b>
80% af alle indlagte pt. får tilbudt psykoedukation.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfase, behandlingsfasen og udslusningsfasen.

<b>Navn:</b>
Lægesamtale/SPU samtale
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Samtale med patientansvarlig læge (PAL)/kontaktSPU min. en gang om ugen, evt. oftere ved behov
<b>Formål:</b>
Opfølgning på behandlingsplanen, yderligere diagnostik, motivationsarbejde, justering eller iværksættelse af behandlingstiltag incl. medicin
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
At behandlingen justeres løbende, og at der er kontinuitet og relevans i de forskellige behandlingstilbud.
<b>Hvornår:</b>
Mindst en gang ugentligt. Efter hver samtale aftales hvornår næste lægesamtale foregår.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
PAL lægen/kontaktSPU
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Samtale mellem patient, kontaktperson og PAL læge/kontaktSPU. Det aftales med patienten i starten af samtalen hvilke emner der indgår i samtalen.
<b>Dokumentation:</b>
Kontinuationsnotat i SP. Ny aftale om samtale noteres i Opgaveliste i SP.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af patienterne har mindst en samtale om ugen.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfase; behandlingsfase og udslusningsfase

<b>Navn:</b>
<h1>Medicinjustering</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Medicinjustering er stillingtagen til patienternes medikamentelle behandling og løbende justering og sanering af patientens medicin.
<b>Formål:</b>
At sikre at patienten kontinuerligt får den relevante og optimale medikamentelle behandling under hensyn til compliance, effekt og bivirkninger.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
At pt. får den relevante medicinske behandling under hensyntagen til bivirkninger og interaktioner.
<b>Hvornår:</b>
Medicinjustering foretages i forbindelse med lægesamtaler. Medicinjustering foretages som minimum ved behandlingsplanmødet
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
PAL læge
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
I forbindelse med samtaler mellem læge og patient, evt. superviseret af speciallæge og/eller ved middagskonferencen.
<b>Dokumentation:</b>
Kontinuationsnotat eller behandlingsplan.
<b>Mål og indikatorer:</b>
Alle patienter får ved behandlingsplan mødet vurderet deres medicin.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfasen, behandlingsfasen og udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
Screeningsskemaer psykisk tilstand: BAI, BDI, Robson
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Brug af validerede screeningsredskaber til måling af grad af depression, angst, selvværd
<b>Formål:</b>
Vurdering og bedømmelse af patientens psykiske tilstand. Identifikation af baseline, der kan evalueres op imod Udgangspunkt for at vælge intervention Vurdering af ændring af psykisk tilstand
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
En fælles forståelse af omfanget og alvorligheden af symptomer relateret til psykisk tilstand danner baggrund for valg af intervention. Hvis screeningsresultatet ikke ændres på trods af behandling, kan det give anledning til aftale om ændring af interventioner. Interventioner der har haft gavnlige effekt kan intensiveres i udslusningsfasen.
<b>Hvornår:</b>
Inden 2. behandlingsplansmøde og ved udskrivelse
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Kontaktpersoner tilknyttet afdeling M
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Se vejledning i VIP databasen
<b>Dokumentation:</b>
BAI og BDI i vurderingsskemaer i SP. Robson: Papirskemaet scannes til SP.
<b>Mål og indikatorer:</b>
80% af patienterne er blevet screenet 2 gange gennem forløbet.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfasen, behandlingsfasen og udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
Screeningsredskaber misbrug. DUDIT-E, urinscreening, alkometer
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Redskaber til identificering af brug af stoffer/alkohol hos patienter med identificeret misbrug
<b>Formål:</b>
At danne sig et overblik over hvor udbredt misbruget er, hvilke problemer misbruget forårsager, hvad patienten får ud af misbruget samt graden af motivation for forandring. At få en baseline, afdække hvilke stoffer patienten har taget og at muliggøre eventuelle interventioner på baggrund af screeningsresultater.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
En fælles forståelse af misbrugets omfang og problemer relateret til misbrug øger patientens motivation for forandring. En databaseret ændring af misbruget og mindskelse af relaterede problemer kan øge patientens motivation. Særligt gavnlige interventioner kan intensiveres i udslusningsfasen.
<b>Hvornår:</b>
Ved indlæggelsen inden for 24 timer. Desuden DUDIT-E og urinscreening indenfor den sidste uge inden udskrivelse. Alko-test + urinprøve ved aftale/vurdering
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Kontaktpersoner på aktuelt afsnit.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
For DUDIT-E: se "guide til DUDIT-E" For urinscreening: Urinscreening aftales mellem patient, kontaktperson og personlig læge. Urinprøvetagning skal foregå respektfuldt og inddragende overfor pt. Pt. skal forklares proceduren inden prøvetagningen. Personalet skal placere sig i rummet så diskret som mulig og så det samtidig er muligt at være sikker på at det er pågældendes urin der afleveres til undersøgelse. For alko test: Testen tages med diskretion – evt. instruks på apparaturet.
<b>Dokumentation:</b>
DUDIT-E: Papirskema scannes til SP. Urinscreening og alko-test bestilles som Best.ord. i SP.
<b>Mål og indikatorer:</b>
80% af patienterne bliver screenet for alkohol og stoffer i urin ved indlæggelsen. 80% af patienterne er blevet screenet for mængde misbrugsstoffer med DUDIT-E ved indlæggelse og udskrivelse.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfase og kontinuerligt gennem forløbet.

<b>Navn:</b>
Dataindsamling ved kritiske situationer vedr. patientens psykiatriske problemstillinger
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Indsamling af data i forbindelse med ændring i humør, ændring i kropslige fornemmelser, dysfunktionelle tanker og/eller dysfunktionel adfærd.
<b>Formål:</b>
At afdække uhensigtsmæssige mønstre som respons på stimuli. At patienten får indsigt i egne reaktioner på stimuli mhp at tilegne sig alternative strategier. At kunne anvende data til formulering af kognitiv problemformulering. At kunne anvende data som grundlag for valg af interventioner
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Patienten tilegner sig indsigt i egne adfærds- og tankemønstre og har derefter mulighed for at ændre at ændre uhensigtsmæssige adfærdsmønstre.
<b>Hvornår:</b>
Udfærdigelse og analyse af minimum 3 kognitive skemaer inden 2. behandlingsplanmøde samt kontinuerligt i behandlingsfasen/udredningsfasen.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Fast kontaktperson/Dagens kontaktperson
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Der skal anvendes observation og/eller samtale. Ved samtale anvendes sokratiske dialog/pil ned/andet. Der skal anvendes afd. M's fællesskemaer: Bobleskema eller Funktionel analyse.
<b>Dokumentation:</b>
I SP, vurderingsskema "Psyk.skemaer" anvend smart frase i vurderingsskema notat.
<b>Mål og indikatorer:</b>
80% af patienterne har 3 kognitive skemaer inden 2.beh.plan
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>



Fase: Udredningsfase, behandlingsfasen og udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Motivationsarbejde</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Dataindsamling og intervention i arbejdet med patientens ambivalens og forandring
<b>Formål:</b>
Mindske risiko for tilbagefald og afbrydelse af behandlingsforløbet. Sikre patientens forståelse for eget motivationsmønster.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Motivationsarbejdet tilsigter at fremkalde patientens egen indre motivation for ændring. Motivationsarbejdet øger patientens mulighed for at opnå empowerment og recovery.
<b>Hvornår:</b>
Kontinuerligt igennem behandlingsforløbet. Minimum ved hver planlagt målrettet samtale mellem fast kontaktperson og patient.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Kontaktperson/læge/SPU
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Tilføjes til dagsorden ved samtale med patienten. Dokumentation: Kan noteres som en handling i relevant patientplan. Tidstro dokumenteres i vurderingsskema "Psyk.vurdering/Pleje, Psyk., Handling., Samtale, vurderingsskemanotat. under relevant emne i journalen. Typisk som en af handlinger i patientplan vedr. et konkret område.
<b>Dokumentation:</b>
I SP relevant sted
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Ingen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfase

<b>Navn:</b>
<b>Identificering af akutte sociale problemer</b>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Identificering af akutte sociale problemer som skal håndteres.
<b>Formål:</b>
At socialrådgiveren identificerer akutte sociale problematikker der kræver handling indenfor en kort tidshorison.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Sikrer mulighed for at få taget handling på akutte sociale problemer, som ellers ville eskalere. Patienten kan opleve at kunne fokusere på behandlingen.
<b>Hvornår:</b>
Indenfor 3 dage efter indlæggelsen
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Afsnittets socialrådgiver
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Socialrådgiveren gennemgår indlæggelsesjournal, 1. behandlingsplan samt indledende sygeplejevurdering på alle ny-indlagte patienter. Efter behov afholdes samtale med patient eller anden relevant person, afhængig af patientens tilstand.
<b>Dokumentation:</b>
I SP i vurderingsskema: "Aktuelt socialt"
<b>Mål og indikatorer:</b>
Ingen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfase

<b>Navn:</b>
<h1>Indledende socialrådgiver samtale</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Planlagt samtale mellem socialrådgiver og patient
<b>Formål:</b>
At beskrive sociale forhold. Identificere og afklare sociale problematikker. At identificere samarbejdspartnere – professionelt netværk. At kunne intervenere og forebygge social deroute
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Der kan tidligt i forløbet sammen med patienten laves en plan for at afhjælpe evt. sociale problemstillinger.
<b>Hvornår:</b>
Indenfor 10 dage efter indlæggelse
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Socialrådgiver tilknyttet afsnit
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
1) Følgende områder afklares ved planlagt samtale med patienten: <ul style="list-style-type: none"><li>• Forsørgelse/Økonomi</li><li>• Boligform</li><li>• Beskæftigelse/uddannelse</li><li>• Familie/børn. Opfølgning på familieformular</li><li>• Privat netværk</li><li>• Professionelt netværk/samarbejdspartnere</li><li>• Foreligger der en koordineret indsatsplan, hvem er tovholder og hvordan kan afdelingen støtte op om planen.</li><li>• Evt. fritid</li><li>• Andet</li></ul>
2) Har patienten givet samtykke til udveksling af oplysninger med samarbejdspartnere og hvem er relevante at inviterer til behandlingsplansmøder.
3) Koordinerer med PAS hvem der indkalder til behandlingsplansmøder.
4) Har patienten en Koordinerende Indsatsplan?
Desuden udarbejdes en socialhandleplan, herunder kontakt til relevante samarbejdspartnere (eksternt) samt videregivelse af relevante informationer til tværfagligt team (internt)
<b>Dokumentation:</b>
Sp, vurderingsskema "Aktuelt Socialt, vurderingsskemanotat, Smart Frase: SOCIALRÅDGIVERINDLEDENDESAMTALESHPSYK
<b>Mål og indikatorer:</b>
80% af patienterne har samtale med soc.rådgiver indenfor 10 dage efter indlæggelsen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

<b>Navn:</b>
<b>COPM (Canadian Occupational Performance Measure)</b>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
COPM er et ergoterapeutisk undersøgelsesredskab, der foretages som et semistruktureret interview. Det identificerer patientens egen opfattelse af sin aktivitetsudøvelse og registrerer ændringer indenfor egenomsorgsaktiviteter, produktive aktiviteter og fritidsaktiviteter. Et aktivitetsproblem defineres som: En aktivitet, som en person ønsker at udføre, skal udføre eller forventes at udføre, MEN ikke kan udføre, ikke udfører eller ikke udfører på en måde han/hun er tilfreds med.
<b>Formål:</b>
COMP anvendes til at: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificere selvoplevede aktivitetsproblemer, som gøres til mål for interventionsforløbet</li> <li>• Frembringe en vurdering af patientens prioritering af sin aktivitetsudøvelse</li> <li>• Patienten evaluerer udførelse og tilfredshed i forhold til disse problemområder</li> <li>• Give et grundlag for målformulering og tilrettelæggelse af intervention</li> <li>• Give grundlag for yderligere undersøgelse af baggrund for aktivitetsproblemerne</li> <li>• Måle ændringer i patientens opfattelse af sin egen aktivitetsudøvelse i løbet af ergoterapi interventionen</li> </ul>
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Mulighed for at identificere og arbejde med selvvalgte aktivitetsproblemer, der hæmmer patientens daglige livsførelse.
<b>Hvornår:</b>
COPM udføres indenfor 3 uger efter indlæggelse. COPM revurderes inden for den sidste måned af indlæggelsen, hvor de prioriterede aktivitetsproblemer vurderes på ny af patienten.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Ergoterapeut
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Afs. ergoterapeuten informerer patienten om COPM interviewets formål og indhold og laver aftale med patienten om COPM interview. COPM interview udføres ved brug af manual. Data dokumenteres i journalen. Data indgår i 2. behandlingsplansmøde hvor der træffes endelig beslutning om intervention. Intervention tilrettelægges. Forløbet afsluttes og der kan foretages en revurdering af de prioriterede aktivitetsproblemer. Data samt revurdering indgår evt. i sidste behandlingsplansmøde. I forbindelse med udskrivelse videregives erfaringer og forslag til intervention omkring aktivitetsproblemer hvor det er aktuelt.
<b>Dokumentation:</b>
I vurderingsskemaet COPM
<b>Mål og indikatorer:</b>
COPM udføres på 80 % af alle patienter indenfor 3 uger efter indlæggelse.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Fysisk aktivitets samtale</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
En samtale med patienten vedr. patientens fysiske aktivitet.
<b>Formål:</b>
At få viden så patienten kan motiveres til passende fysisk aktivitet. Støtte patienten i at opnå bedre kropskontakt, bevidstgøre om deres kropslige ressourcer og bevidstgøre om følelsesmæssige reaktioner, samt opnå en bedre funktion i form af flere handlestrategier
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Bredere diagnostik og yderligere tilpasset behandlingstilbud
<b>Hvornår:</b>
Indenfor 1 uge efter indlæggelsen
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Fysioterapeut tilknyttet afsnit
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Vurderingsskema "Psyk fysioterapi" anvendes som disposition.
<b>Dokumentation:</b>
Dels i SP "Navigator" under motion og dels i vurderingsskema "Psyk fysioterapi". I rækken "Motivation for bevægelse" anvendes vurderingsskemanotat med smartphase: "MOTIVATIONSFAKTORMSHPSYK"
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af patienterne gennemgår Fysisk aktivitets samtale indenfor 1 uge
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Psykologisk vurdering</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Planlagt samtale med patient og psykolog, evt. kontaktperson
<b>Formål:</b>
At få afdækket kognitive forstyrrelser, funktion, forvrængninger og tankemønstre med henblik på bidrag til diagnostisk afklaring, kognitiv problemformulering og behandlingsmål.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Mulighed for at identificere og arbejde med selvvalgte psykologiske problemstillinger, der hæmmer patientens daglige livsførelse.
<b>Hvornår:</b>
Inden 2. behandlingsplanmøde, senest 1 uge efter patienten er blevet afruset og fri for abstinenser
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Psykolog tilknyttet afsnit
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Psykologen foretager dataindsamling med udgangspunkt i – og på baggrund af - tilstedeværende data fra alle faggrupper. Samtalen skal resultere i en vurdering af psykopatologi, kognitive dysfunktioner, diagnostiske overvejelser, forslag til behandlingsmål og psykoterapeutiske interventioner og behov for yderligere data. Evt. oplæg til kognitiv problemformulering. Indenfor 1 uge efter patienten er indlagt aftaler "forløbsansvarlig sygeplejerske" og afsnitspsykolog hvem der har ansvar for oplæg til kognitiv problemformulering.
<b>Dokumentation:</b>
I kontinuationsnotat i SP. Hvis oplæg til kognitiv problemformulering er udfærdiget, kan smartfrasen "KOGNITIVPROBLEMFOMULERINGMSHPSYK" anvendes.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af patienterne har Psykologisk vurdering inden 2. behandlingsplan møde
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredningsfase

<b>Navn:</b>
<h1>Problemliste og målliste</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Problemliste og målliste er det skriftlige produkt som resultat af samtale mellem patient og kontaktperson. Problemlisten indeholder alle patientens angivne problemer med dennes egne ord. Målliste er en opstilling af patientens ønskede ændrede tilstand.
<b>Formål:</b>
At identificere og notere de problemer patienten forventer at få hjælp til at løse i behandlingsforløbet. Anvendes som grundlag for målformulering i behandlingsplanen.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Patienten får mulighed for at identificere og prioritere problemer, som vedkommende ønsker at arbejde med under indlæggelsen. Patienten oplever inddragelse, ejerskab, og opnår empowerment.
<b>Hvornår:</b>
Problemliste og målliste skal være udfærdiget senest 2 uger efter indlæggelsen. Disse indgår i 2. behandlingsplansmøde hvor de endelig prioriteres og formuleres.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Kontaktperson er ansvarlig for at problemliste og målliste udarbejdes i samarbejde med patienten
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Kontaktpersonen har planlagt samtalen med patienten. Ved brug af sokratiske dialog/pil ned teknik/andet nedskrives med patientens egne ord dennes oplevede problemer. Problemliste og Mållisten udformes i samarbejde med patienten og formuleres som det at kunne noget. Dokumenteres på en ensartet skabelon.
<b>Dokumentation:</b>
SP, vurderingsskema "Psyk skemaer", problemliste her tastes "X", vurderingsskemanotat, smartphase "PROBLEMMÅLLISTEMSHPSYK. Alternativt kan papir scannes.
<b>Mål og indikatorer:</b>
80% af patienterne har en problemliste og målliste 2 uger efter indlæggelsen.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udredning, Behandlingsfasen og Udredningsfasen

<b>Navn:</b>
Kontaktpersonen og patientens forberedelse til 2. behandlingsplansmøde og de fremtidige behandlingsplansmøder
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Indsamling af data fra udredningsfasen mhp. præsentation ved behandlingsplansmøde. Samtale med patienten som forberedelse til behandlingsplansmødet.
<b>Formål:</b>
At sikre en høj kvalitet i behandlingsplanen samt sikre patientens oplevelse af medinddragelse og sammenhæng i behandlingsforløbet.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Patienten medinddrages i egen pleje og behandling.
<b>Hvornår:</b>
Tidligst en uge inden behandlingsmøderne.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Fast kontaktperson
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Fast kontaktperson planlægger samtale med patienten mhp. at forberede pt. til at deltage i behandlingsplansmødet. Udfærdigelse af forberedelsesseddel, oplæg til kognitiv problemformulering (Hvis det er aftalt med psykolog) og mål. KP indkalder, i samarbejde med socialrådgiver, evt. pårørende og eksterne samarbejdspartnere til behandlingsmødet. Resultaterne fra screeningsredskaber og øvrig dataindsamling forberedes til at præsenteres på en hensigtsmæssig måde. Patienten informeres om forløb af behandlingsmøde, om dagsorden, om deltagelse og om mulighed for egen indflydelse på indholdet. Patient og KP taler om hvilke emner patienten vil tale om ved mødet. KP tilbyder hjælp til patientens ønsker. Det gennemgås også, hvilke eksterne samarbejdspartnere der deltager på behandlingsplansmødet.
<b>Dokumentation:</b>
Forberedelse til behandlingsplan findes som skema i M's fællesskemaer. Pt./KP udfylder skemaet, som er et hjælperedskab og medtages til behandlingsplansmødet. Skemaet findes også som smartphase: "FORBEREDELSEBEHANDLINGSPLANMØDEMSHPSYK". Dokumenteres i SP vurderingsskema "Psyk skemaer", individuelle skemaer, her sættes kryds og skrives "Forberedelse behandlingsplan". Hvis oplæg til kognitiv problemformulering er udfærdiget, dokumenteres det i SP, vurderingsskema "Psyk skemaer", individuelle skemaer, skriv "Kognitiv problemformulering" i kommentaren. I vurderingsskemanotat skrives i smartfrasen "KOGNITIVPROBLEMFORMULERINGMSHPSYK"
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af indlagte patienter har deltaget i samtale om forberedelse til 2 behandlingsmøder.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>



Fase: Mellem udrednings- og behandlingsfasen

<b>Navn:</b>
<b>2. behandlingsplan og efterfølgende i behandlingsfasen</b>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Den 2. behandlingsplan er den første tværfaglige behandlingsplan. Denne og efterfølgende behandlingsplaner er baseret på indsamlede data fra alle faggrupper og patient samt evt. netværk.
<b>Formål:</b>
Udfærdigelse af behandlingsplan inklusiv kognitiv problemformulering samt fælles SMART-mål. Desuden beskrivelse af hvilke gruppetilbud der er relevant for at opnå målene for patienten.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Sikrer patientens involvering samt tværfaglig samlet behandlings- og pleje indsats
<b>Hvornår:</b>
Senest 3 uger efter indlæggelse
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Fast læge/SPU, kontaktperson, pt., pt.'s netværk, tværfaglige samarbejdspartnere og evt. eksterne samarbejdspartnere.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Møde mellem patient, kontaktperson og PAL læge/Specialpsykolog. Yderligere kan deltage evt. pårørende og øvrige fagpersoner: psykolog, socialrådgiver, ergoterapeut, fysioterapeut og netværk. Ved mødet er lægen ansvarlig for at planlægge udskrivelsesdato og dato og tidspunkt for "udslusningsbehandlingsplan".
<b>Dokumentation:</b>
SP SmartText/SmartPhase på baggrund af deltagernes dataindsamling.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af patienterne har en 2. behandlingsplan inden for 3 uger efter indl.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>
Se evt. standard for "Samarbejde med netværk"

Fase: Udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
Opfølgning ved afbrudt behandlingsforløb på PC Sct. Hans afd. M.
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Standarden beskriver hvilke aktiviteter der skal foregå ved udskrivelse, når et behandlingsforløb afbrydes, og aktiviteter og indsatser for opfølgning i ambulante tilbud derfor ikke er planlagt.
<b>Formål:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• At understøtte patienten/borgerens oplevelse af sammenhængende forløb hvor flere forskellige aktører skal samarbejde på trods af afbrudt indlæggelsesforløb.</li><li>• At den eksisterende viden og erfaringer med behandlingsindsats ikke går tabt.</li></ul>
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikring af god overgang fra indlæggelse til ambulante status/udskrivelse.</li><li>• Mulighed for fortsat at motivere og støtte borgeren til brug af indlærte strategier og metoder.</li><li>• Det gavner borgeren at "systemerne" arbejder sammen på trods af manglende mulighed for at planlægge samarbejde.</li><li>• Modvirker at borgeren "falder ud" af "systemerne".</li><li>• Der kan arbejdes på flere niveauer med forebyggelse af tilbagefald til patientens tidligere misbrug og forværring af psykisk tilstand. Dette i forhold til patientens mål og ønsker.</li></ul>
<b>Hvornår:</b>
Op til, og i direkte tilknytning til udskrivelsesdatoen.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Patienten, kontaktlægen og kontaktpersonsteamet på PC Sct. Hans.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Afd. M, kontaktlægen, skal udfærdige en udskrivningsaftale/koordinationsplan når der er behov. Obs evt. koordinerende indsatsplaner.</li><li>• Soc.rdg./kontaktpersonsteamet kontakter det/de ambulante tilbud som evt. aftalt ved behandlingsplanmødet. Alternativt kontaktes det/de ambulante tilbud som borgeren havde ved indlæggelsen. Kontakten sker telefonisk eller via afs. lægesekretær og "sikker mail". Der informeres om behandlingsforløbet, borgerens status, evt. aftaler med borgeren og andre samt en måde at formidle viden og aftaler på til relevante aktører.</li><li>• Aftalerne fra seneste behandlingsplanmøde vedr. form og omfang for det fortsatte samarbejde mellem Afd. M, borger og aktører efter udskrivningen, f.eks. sparring på den kognitive metode, arbejdet med konkrete risikosituationer m.m. drøftes med relevante aktører.</li><li>• Afd. M står til rådighed med vejledning efter udskr. vedr. det konkrete pt. forløb.</li></ul>
<b>Dokumentation:</b>
I SP relevante steder samt i Udskrivningsnotat
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af de patienter hvor der behov for opfølgning, skal der være sket en kontakt til relevant behandlingstilbud.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Behandlingsfasen

<b>Navn:</b>
Kontaktpersonens planlagte målrettede samtaler med patienten
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Planlagte samtaler i kontaktperson-relationen vedrørende problemstillinger, der ved 2. behandlingsplansmøde er prioriteret at arbejde målrettet med.
<b>Formål:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre fremdriften i patientens behandlingsforløb</li><li>• Planlægge rum for planlagt psykiatrisk sygepleje</li></ul>
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Den terapeutiske alliance der bygges op i patient/KP relationen muliggør arbejdet med de handlinger som er planlagt til at målet for indlæggelsen.
<b>Hvornår:</b>
Pt. skal tilbydes minimum 1 planlagt samtale med fast kontaktperson pr. uge
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Fast kontaktperson
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Der planlægges samtaler med patienten.
<b>Dokumentation</b>
Planlægningen dokumenteres på opgavelisten i SP. Samtalerne dokumenteres i SP, i vur.skema: Psyk vurdering/pleje, psykisk, handlinger, samtale. Der laves vurderingsskemanotat med overskriften: Ugentlig samtale. Ex. angst. Ex. selvværd. I enkelte tilfælde kan der dokumenteres i andre relevante vurderingsskemaer. Husk altid at starte vurderingsskemanotatet med "Ugentlig samtale" så der kan søges på det.
<b>Mål og indikatorer:</b>
80% af patienterne har mindst en planlagt samtale om ugen.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Behandlingsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Socialrådgiverens aktiviteter i behandlingsfasen</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Kontinuerlige samtaler mellem socialrådgiver og patient
<b>Formål:</b>
At kunne intervenere og forebygge sociale problemstillinger
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
At relevante socialfaglige problemstillinger bliver identificeret, og at der bliver taget stilling til, hvad der er muligt at løse under/efter indlæggelsen.
<b>Hvornår:</b>
Ved behov identificeret ved de tidligere samtaler indenfor 10 dage.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Socialrådgiver tilknyttet afs.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Med udgangspunkt i indledende socialrådgiver samtale vurderes hvilke socialfaglige problematikker der kan arbejdes videre med i behandlingsfasen. Det kan både dreje sig om individuelle samtaler/forløb samt på gruppeniveau. Desuden kan patienten henvises til anden relevant instans f.eks. gældsrådgivning. Nogle opgaver kan afsluttes under indlæggelsesforløbet – andre opgaver overleveres til relevante samarbejdspartnere i forbindelse med udslusning/udskrivelse.</li><li>• Hvilke samarbejdspartnere bør deltage ved sidste behandlingsplansmøde/udskrivelsessamtale.</li><li>• Vurdere om det er relevant med koordineret indsatsplan, hvilken samarbejdspartner der skal være tovholder samt evt. opstart i forbindelse med udslusning/udskrivelse.</li></ul>
<b>Dokumentation</b>
I SP vurderingsskema: "Aktuelt socialt", eksterne samarbejdspartnere samt vurderingsskemanotat.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Ingen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Behandlingsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Ergoterapeutiske interventioner</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Ergoterapeutens interventioner sammen med patienten. Planlagte interventioner på baggrund af COPM'en eller anden vurdering.
<b>Formål:</b>
At patienten modtager relevant tilbud.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Patienten har mulighed for at identificere og arbejde med selvvalgte relevante aktivitetsemner, der kan øge patientens evne til at håndtere daglig livsførelse.
<b>Hvornår:</b>
Kontinuerligt i behandlingsfasen.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Ergoterapeut tilknyttet afs.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Sammen med patienten formuleres målsætning ud fra udvalgte identificerede aktivitetsbehov/ønsker til aktivitet fra COPM-interview eller anden vurdering. Der aftales individuelle forløb ud fra de udvalgte identificerede aktivitetsbehov mod den angivne målsætning. På baggrund af indsamlede data vurderes hvilke behov pt. har. Det kan være individuelt- eller gruppetilbud. Interventionen tilpasses patientens tilstand.
<b>Dokumentation</b>
I SP vurderingsskema COPM
<b>Indikatorer:</b>
Ingen
<b>Evt. relevante dokumenter</b>

Fase: Behandlingsfasen

<b>Navn:</b>
Fysioterapeutens interventioner i behandlingsfasen
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Fysioterapeutens interventioner sammen med patienten. De planlagte interventioner er på baggrund af patientens tilstand og dataindsamling
<b>Formål:</b>
At patienten modtager relevant tilbud.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Individuelt tilpasset fysioterapeutisk tilbud øger patientens fysiske tilstand
<b>Hvornår:</b>
Kontinuerligt i behandlingsforløbet
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Fysioterapeut tilknyttet afs.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
På baggrund af indsamlede data vurderes hvilke interventioner pt. har behov for. Det kan være individuelt- eller gruppetilbud, vejledt fysisk aktivitet, genoptræning eller kropsterapi. Interventionen tilpasses patientens tilstand.
<b>Dokumentation:</b>
I SP i relevant vurderingsskema
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Ingen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Behandlingsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Psykologens aktiviteter i behandlingsfasen</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Individuelle forløb ved komplekse psykologiske problemstillinger, gruppeforløb, neuropsykiatriske test, psykoedukation
<b>Formål:</b>
Fortsat at få afdækket kognitive forstyrrelser, funktion, forvrængninger og tankemønstre med henblik på bidrag til diagnostisk afklaring, kognitiv problemformulering og behandlingsmål
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Bedre diagnosticering. Skærpelse af, hvilke problemstillinger der skal arbejdes med i samtaler og gruppeforløb. Patienter med komplekse psykologiske problemer får mulighed for at arbejde med disse i individuelle forløb?
<b>Hvornår:</b>
Kontinuerligt i behandlingsfasen
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Psykolog tilknyttet det enkelte afs.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Planlagte psykoterapeutiske interventioner på baggrund af dataindsamling og patientens tilstand
<b>Dokumentation:</b>
I SP relevant vurderingsskema, evt. vurderingsskemanotat, og evt. kontinuationsnotat.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Ingen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Behandlingsplan udslusning</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Sidste tværfaglige behandlingsplan med fokus på udslusning og efterfølgende ambulante forløb. Baseret på indsamlede data fra alle relevante faggrupper og patient samt netværk
<b>Formål:</b>
Opdatering af behandlingsplan inklusiv problemformulering. Evaluering af SMART-mål
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
At der bliver lavet status på, og behandlingsmålene er ved at være opnået og at der styr på udslusning og efterbehandling incl. sociale tiltag.
<b>Hvornår:</b>
Senest fire uger før planlagt udskrivelse. Ved 2. behandlingsplanmøde er lægen ansvarlig for at planlægge udskrivesdato og dato og tidspunkt for "udslusningsbehandlingsplan".
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Kontaktperson og kontaktlæge
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Møde mellem patient, læge, kontaktperson, relevante tværfaglige netværk, eksterne samarbejdspartnere og pårørende.
<b>Dokumentation:</b>
I SmartText "GEN PSYK BEHANDLINGSPLAN"
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af patienter der gennemfører et planlagt forløb har en behandlingsplan ved udslusning.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>



Fase: Udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Samarbejde med netværk i forbindelse med udslusning</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Etablering af samarbejde, koordinering og inddragelse af eksterne samarbejdspartnere i udslusningsfasen og i forbindelse med det afsluttende behandlingsplansmøde og den afsluttende behandlingsplan. Og hvordan disse eksterne parter deltager som aktive partnere i den planlagte behandling i udslusningsfasen.
<b>Formål:</b>
Skabe sammenhæng i borger/patientforløb
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Ved at sikre ensartethed, sammenhæng, målrettethed og opfølgning gennem forløbene, mhp at skabe bedre forløb og undgå brud og drop out i forbindelse med overgange.
<b>Hvornår:</b>
Som afslutning på behandlingsfasen (ca. 9 uger) og som optakt til udslusningsfasen.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Soc.rdg./PAS på afd. M er ansvarlig for indkaldelse af det identificere netværk til behandlingsplansmødet (netværket er identificeret i kortlægning v. socialrådgiver i forbindelse med indlæggelse). Opgaven med at indkalde til behandlingsplansmødet kan evt. delegeres.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Deltagelse af interne og eksterne parter i behandlingsplansmøde. Et behandlingsplansmøde varer typisk 1 time. Deltagelse kan evt. foregå ved videokonference. Deltagere i behandlingsplansmødet: <ul style="list-style-type: none"><li>• Patienten (hvis vedkommende ønsker det)</li><li>• Relevante fagpersoner fra afd. M</li><li>• Det professionelle netværk i det kommunale, regionale og evt. statslige system (Kriminalforsorgen)</li><li>• Patientens pårørende (patientens ønske)</li></ul> Der skal tages aktiv stilling til, om det er de samme deltagere ved dette møde, som deltog ved andet behandlingsplansmøde. Ved det afsluttende behandlingsplansmøde er det ekstra vigtigt at have en opmærksomhed omkring, hvem der vil have kontakt med patienten efter udslusningen. Afklaring af forventninger og roller i behandlingsfasen – hvem gør hvad, hvornår? Her forpligter vi hinanden til, hvad der identificeres, som de relevante aktiviteter. Det skal aftales, hvordan de forskellige parter støtter op om de områder, som patienten arbejder med i udslusningsfasen. F.eks. at kontaktperson
<b>Dokumentation:</b>
I SP relevant sted.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Ved gennemførelse af planlagte forløb er 80% af relevante samarbejdspartnere inviteret til behandlingsplansmøde ved start af Udslusningsfasen.
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
Fysioterapeutens interventioner i udslusningsfasen
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Fysioterapeutens interventioner sammen med patienten. De planlagte interventioner er på baggrund af patientens tilstand og dataindsamling.
<b>Formål:</b>
Bevidstgøre og støttepatienten i hvilke aktiviteter/kropslige strategier de kan tage med sig efter udskrivelsen. Afklare hvor og hvordan de kan fortsætte aktiviteter. Eventuelt lave genoptræningsplan der sendes til kommunen mhp videre forløb efter udskrivelse.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
At der bliver fulgt op på fundne aktivitetsproblemer og evt. genoptræning også efter udskrivelse.
<b>Hvornår:</b>
Passende tidspunkt i udslusningsfasen
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Fysioterapeut tilknyttet afs. Evt. i samarbejde med eksterne samarbejdspartnere
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Afhængig af intervention og patientens tilstand.
<b>Dokumentation:</b>
I SP relevant sted
<b>Mål og Indikatorer:</b>
80% af patienter hvor en fysisk genoptræningsplan er relevant, skal have plan i udslusningsfasen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
Psykologens aktiviteter i udslusningsfasen - fortsat fra behandlingsplanen indtil pt. bliver udskrevet
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Samtaler mellem patient og psykolog
<b>Formål:</b>
Afslutning af terapeutisk intervention.
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
At de tilbudte interventioner evalueres, og der gøres status på om forløbene har haft gavnlig effekt.
<b>Hvornår:</b>
I udslusningsfasen
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Psykolog tilknyttet afs.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Individuelle samtaler, individuelt forløb, gruppeforløb, psykoedukation med fokus på tilbagefaldsforebyggelse.
<b>Dokumentation:</b>
I SP relevant vurderingsskema, evt. vurderingsskemanotat, og evt. kontinuationsnotat.
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Ingen for tiden
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
Opfølgning ved planlagt udskrivelse efter behandlingsforløb på PC Sct. Hans afd. M.
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Standarden beskriver hvilke aktiviteter vedr. opfølgning der skal udføres ved patientens planlagte udskrivelse.
<b>Formål:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• At understøtte patienten/borgerens oplevelse af sammenhængende forløb hvor flere forskellige aktører skal samarbejde.</li> <li>• At den eksisterende viden og erfaringer med behandlingsindsats ikke går tabt.</li> </ul>
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikring af god overgang fra indlæggelse til ambulans status.</li> <li>• Mulighed for fortsat at motivere og støtte borgeren til brug af indlærte strategier og metoder.</li> <li>• Det gavner borgeren at "systemerne" arbejder sammen.</li> <li>• Modvirker at borgeren "falder ud" af "systemerne".</li> <li>• Der kan arbejdes på flere niveauer med forebyggelse af tilbagefald til patientens tidligere misbrug og forværring af psykisk tilstand. Dette i forhold til patientens mål og ønsker.</li> </ul> <p>Der kan arbejdes med at forebygge genindlæggelse.</p>
<b>Hvornår:</b>
Gennem udslusningsfasen frem til udskrivelsesdagen.
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Patienten og kontaktpersonsteamet på PC Sct. Hans i samarbejde med de ambulante tilbud.
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• På baggrund af de aftaler der er lavet til behandlingsplanmøderne/ netværksmøderne og eventuelt udarbejdet koordinerende indsatsplan, kontakter soc.rdg. /PAS på afdeling M samarbejdspartnerne og aftaler et møde i en eller anden form (personligt/telefonisk/skærm møde) ifm. udskrivelsen. Her aftales det praktiske omkring udskrivelsen. F.eks. medicingivning, modtagelse i hjemmet, opfølgende tider m.m.</li> <li>• Soc.rdg./PAS på Sct. Hans skal videregive hvad der særligt har gavn for pt., hvad der evt. har ændret sig i pt.s selvopfattelse i behandlingsforløbet samt patientens status. Kan evt. videregives på det sidste behandlingsplanmøde.</li> <li>• Aftalerne fra seneste behandlingsplanmøde vedr. form og omfang for det fortsatte samarbejde mellem Afd. M, borger og aktører efter udskrivningen, f.eks. sparring på den kognitive metode, arbejdet med konkrete risikosituationer m.m. bekræftes</li> <li>• Afd. M står til rådighed med telefonisk vejledning efter udskrivningen vedr. det konkrete forløb. Patientens tidligere sengeafsnit kan kontaktes</li> </ul>
<b>Dokumentation:</b>
I SP relevant sted
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Ingen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>

Fase: Udslusningsfasen

<b>Navn:</b>
<h1>Udskrivningssamtale</h1>
<b>Hvad er (kort karakteristik):</b>
Status og resumering af indlæggelsesforløbet og sikring af at alle aftaler i forbindelse med at udskrivning er på plads
<b>Formål:</b>
At vurdere om målet med indlæggelsen er opfyldt og sikre at der er sammenhæng til efterbehandlingen og øvrige planlagte tiltag
<b>Hvordan gavner det borger/patient:</b>
Sikre kontinuitet
<b>Hvornår:</b>
Dagen før eller på udskrivelsesdagen
<b>Hvem (inkl. institutionel tilknytning):</b>
Kontaktperson og kontaktlæge/SPU
<b>Hvordan (detaljeret beskrivelse, inkl. hvem der har ansvar for hvilke dele):</b>
Kontaktlægen har ansvar for alle efterbehandlere modtager relevante oplysningen(epikrisen) og medicinafstemning og kp. har ansvar for medgivelse af relevant medicin, at modtagende kp. er orienteret, og der forligger tid til første amb. samtale hos kp.
<b>Dokumentation:</b>
I SP relevant sted. Start notatet med overskriften "Udskrivningssamtale".
<b>Mål og Indikatorer:</b>
Ingen
<b>Evt. relevante dokumenter:</b>



**Psykiatri**

**Psykiatrisk Center Sct.  
Hans**  
Afdeling M