

Forløbsbeskrivelse

Særlige pladser

Foråret 2018

Foråret 2018, redigeret sommer 2020

Indhold

Side

Indledning.....	3
Forløbet før patienten modtages	4
Modtagelse/indledende vurdering (første 24 timer).....	5
Planlægning af videre forløb/behandling.....	6
Forberedelse til at vende tilbage til hverdagen uden for afdelingen.....	11
Når patienten skal forlade afdelingen	12

Indledning

Formålet med forløbsbeskrivelsen for behandlingsophold i de særlige pladser er at tilbyde forløb med ensartet struktur tilpasset de særlige behov, der karakteriserer den enkelte patient.

Forløbsbeskrivelsen skal ses i rammen af den særlige lovgivning knyttet til de særlige pladser, herunder at der allerede ved indlæggelsens start foreligger en grundig beskrivelse af patientens anamnese, sociale situation og hidtidige behandlingsforsøg, herunder misbrugsbehandling, som er anvendt ved visitationen.

I rammen af lovgivning om særlige pladser på psykiatrisk afdeling er det også en præmis, at patienten skal udsluses, hvis kriterierne for ophold ikke længere opfyldes undervejs i forløbet.

Det er samlet set hovedopgaven under opholdet i de særlige pladser at understøtte "den samlede plan" og sikre/understøtte overgangen til den placering og støtte, der vurderes nødvendig efter udskrivelse.

Et behandlingsophold på en af de særlige pladser er målrettet patientgruppen inden for aldersgruppen 18-årige+, og som opfylder 4 ud af 6 af følgende kriterier for et behandlingsophold:

Følgende tre visitationskriterier skal være opfyldt:

1. borgeren vurderes at være eller i risiko for at blive til fare for andre og uforudsigelig i sin adfærd,
2. borgeren har eller må formodes at have en svær psykisk lidelse, og
3. borgeren har særlige sociale problemer.

Derudover skal mindst ét af følgende kriterier være opfyldt:

1. borgerens har haft gentagne indlæggelser eller én længerevarende indlæggelse i den regionale psykiatri, eller
2. opholdet vurderes at være det bedst egnede for at kunne imødekomme borgerens særlige behov for behandling, rehabilitering og støtte, herunder eventuelt misbrugsbehandling, eller
3. der er begrundet formodning om, at opholdet vil være egnet til at forhindre, at patienten vil indtage eller købe rusmidler, anskaffe farlige genstande eller begå kriminalitet, herunder udøve vold.

Forløbet før patienten modtages

Ophold på de særlige pladser fordrer patientens informerede samtykke til opholdet og en afgørelse om visitation fra patientens handlekommune. Det er kommunen som fremsender anmodningen om visitation.

Forud for visitationen har kommunen indhentet relevante beskrivelser af patienten, herunder diagnose, social situation, evt. misbrug, evt. kriminalitet, tidligere behandlingsforsøg og effekt heraf til brug for visitationen. I forbindelse med visitationen er der udfærdiget en indstilling. Regionens sekretariat for visitationsforum fremsender visitationsmateriale og indstilling til afdelingen, når der er truffet beslutning om ophold på de særlige pladser.

Det samlede materiale anvendes som forberedelse til modtagelse af patienten.

Forberedelse til modtagelse af patienten på baggrund af materialet

- Beskrivelse af formål, herunder forventet placering og funktionsniveau efter opholdet
- Beskrivelse af hidtidig behandling og effekt
- Beskrivelse af relevante forventede behandlingsmæssige problemstillinger
- Beskrivelse af relevante sociale problemstillinger
- Beskrivelse af relevante samarbejdspartnere, herunder pårørende/ netværk

Modtagelse/indledende vurdering (første 24 timer)

Patienten ankommer til afdelingen

1. Patienten modtages i afsnittet

- I modtagelsen af patienten foretages gensidig forventningsafstemning om samvær og rammer, herunder sikring af hvad patienten må medbringe i afsnittet, orientering om og udlevering af husorden, aftaler vedr. inddragelse af pårørende eller andre i patientens sociale netværk osv.

2. Indledende vurdering med fokus på "her og nu"

- Indledende sygepleje- og lægevurdering herunder:
 - Psykopatologi- status op til indlæggelsen/ ved ankomst
 - Misbrug – umiddelbart op til indlæggelsen
 - Voldsrisikovurdering
 - Selvmordsrisikovurdering og evt. kriseplan
 - Somatisk sygdom
 - Beskrivelse af aktuell social situation, hvor foreliggende oplysninger evt. suppleres, hvis der er behov herfor.
 - Sikring af overblik over involverede parter i samarbejdsfeltet
 - Afdække særlige behov – fx evt. børn som pårørende, behov for tolkebistand m.m.
 - Vurdering af compliance, sygdomsindsigt, motivation m.m.

Ovennævnte vurdering kan suppleres med de oplysninger om patienten, som fremgår af det materiale kommunen har indsendt ved anmodning om visitation jf. afsnit 2.

3. Samtykke indhentes/bekræftes

4. Forventningsafstemning med patienten

- Afdække og inddrage patientens forståelse af aktuell situation samt kort- og langsigtede ønsker/mål, herunder formålet med indlæggelsen
- Gøre patienten bevidst om hvad der kan forventes/tilbydes under et ophold på en af de særlige pladser, herunder behandling/misbrugsbehandling samt aktivitets- og beskæftigelsesmæssige tilbud under indlæggelsen
- Afdække hvad der tidligere har virket for patienten
- Eventuelle præferencer i forhold til opholdet, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale

5. Behandlingsplan (foreløbig) udarbejdes

- I samarbejde med patient og på grundlag af indledende vurdering samt eksisterende/tidligere udredning, behandlingsplaner m.m., herunder
 - Diagnose
 - Plan for undersøgelse og observation
 - Plan for behandlingen, herunder plan for den foreløbige tværfaglige behandling, ordinationer af bl.a. medicin og evt. plan vedr. afrusning
 - Beskrivelse af informeret samtykke
 - Sundhedsfaglig kontaktpersons og patientansvarlig læges navn anføres i journalen

Planlægning af videre forløb/behandling

Intentioner for samarbejdet med patienten før, under og efter et behandlingsophold på de særlige pladser

En bagvedliggende forudsætning bag hele forløbet for et behandlings- og rehabiliteringsforløb på en af de særlige pladser, er at der er en tiltro og forventning til, at patienten aktivt selv går ind i behandlingen og kan medvirke til at sætte egne mål, og bedømme egen situation.

Udgangspunkt er at patientens ressourcer skal inddrages i videst muligt omfang. Patienten har selvbestemmelsesret og pligt til at involvere sig i egen behandlings- og rehabiliteringsforløb og der er en forventning om at patienten igennem forløbet/behandlingsopholdet i stigende grad er med til at tage ansvar for egen behandling og indsætter frem mod en udskrivelse (eksempelvis at patienten aktivt har deltaget i udarbejdelse af behandlingsplaner og revurdering af den samlede plan).

Patientens aktive involvering i egen situation og videre forløb/behandling påbegyndes senest ved udarbejdelse af den samlede plan ved visitation. Kommunen har ansvaret for udarbejdelse af den samlede plan og patienten skal inddrages i dette arbejde. Arbejdet med den samlede plan skal påbegyndes senest 4 hverdage efter opholdets påbegyndelse.

Den samlede plan indeholder de fælles mål som patienten sammen med det sundhedsfaglige personale og kommunen er enige om, og vil blandt andet bestå af patientens egne mål, behandlingsplan og sundhedsfaglige mål for behandlingsforløbet, samt de kommunale mål for patienten inden for eks. rehabilitering og beskæftigelse. Patientens egne mål, som defineret i den samlede plan, sættes dermed inden for de første 2-3 uger af behandlingsopholdets påbegyndelse.

Såfremt patientens egne mål ved udslusning er indfriet, vurderes behandlingsopholdet at være en succes.

Det er hovedopgaven under opholdet i de særlige pladser at understøtte "den samlede plan", medvirke til at indfri de mål, som patienten selv opstiller og indgår en aftale omkring, og sikre/understøtte overgangen til den placering og støtte, der vurderes nødvendig efter udskrivelse.

Udarbejdelse af den første samlede plan ved netværksmøde

Det første netværksmøde

Umiddelbart efter patientens indskrivelse, har patientens sundhedsfaglige kontaktperson i afdelingen for de særlige pladser ansvaret for at indkalde til det første netværksmøde, hvor den samlede plan afstemmes og rammen for det videre forløb aftales. Den indlagte patient er omdrejningspunktet for møderne og netværksmøderne.

Netværksmødet skal afholdes **senest 3 uger** efter opholdets begyndelse med deltagelse af:

- Patienten og evt. bisidder
- Patientens sundhedsfaglige kontaktperson og behandlede læge i afdelingen for de særlige pladser
- Relevante kommunale sagsbehandlere (fx social, beskæftigelse)
- Evt. repræsentant fra patientens botilbud (hvis relevant)
- Evt. repræsentant fra kriminalforsorgen eller klinik for retspsykiatri (hvis relevant)

Forud for det første netværksmøde foreligger borgerens samlede plan fra visitationen samt oplæg til behandlingsplan fra afdelingen for de særlige pladser. Den samlede plan er udarbejdet sammen med patienten og fremsendt til afdelingen for de særlige pladser, senest 10 hverdage efter opholdets påbegyndelse. Den samlede plan er et dynamisk dokument, som løbende vil blive justeret bl.a. på baggrund af de aftaler, der indgås mellem patienten, den sundhedsfaglige kontaktperson samt de relevante kommunale sagsbehandlere på netværksmøderne.

Til brug for det første netværksmøde udarbejder afdelingen for de særlige pladser en skriftlig status, som sendes til deltagerne senest 3 arbejdsdage før mødet. Status skal som minimum indeholde en beskrivelse af patientens tilstand efter indskrivelse samt patientens egne, samt det sundhedsfaglige personales forslag til evt. revision af målene i handleplanen på baggrund af erfaringerne fra patientens første tid i afdelingen.

Efterfølgende netværksmøder

På det første netværksmøde aftales det, hvor ofte der skal afholdes netværksmøder samt deltagerkreds. Netværksmøderne afholdes herefter minimum en gang om måneden (kan være videomøder).

Formålet med netværksmøderne er at sikre, at behandlingsplanen - i samråd med patienten og involverede fagpersoner - løbende justeres med inddragelse af den samlede plan.

Netværksmøderne tager afsæt i de særlige delelementer, der er beskrevet under punkt 6-12 i denne forløbsbeskrivelse. Til brug for de løbende netværksmøder udarbejder afdelingen for de særlige pladser en skriftlig status på patientens tilstand, som sendes til deltagerne senest 5 arbejdsdage før mødet.

Patienten vurderes løbende og behandlingsplanen justeres med inddragelse af den samlede plan

I det videre behandlingsforløb uddybes viden om patienten og planerne tilrettes, i samarbejde med patienten, med relevante delmål og behandlingsindsatser, der overordnet retter sig mod at patienten ved udskrivning er i stand til at klare sig i det tilbud, der er planlagt.

Behandlings- og rehabiliteringsindsatsen er intensiv og helhedsorienteret og rettet mod at stabilisere patientens helbred og forbedre evnen til at mestre hverdagen, herunder ved psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling, og ved socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter.

Såvel den psykiatriske behandling som misbrugsbehandlingen sker efter gældende kliniske retningslinjer og inddrager såvel biologiske, psykologiske som sociale elementer i behandlingen, der rettes mod både de specifikke diagnoser og de konkrete individuelle problemstillinger.

Misbrugsbehandlingen skal rettes mod den fortsatte kommunale misbrugsbehandling, hvis en sådan er planlagt efter udskrivelse.

Under indlæggelsen deltager patienten i samtaler med forskellige faggrupper for at indsamle data til brug for bekræftelse af diagnoser og afdækning af øvrige problemstillinger og som led i behandlingen, herunder samtaler med fokus på motivationsarbejde, der vurderes af afgørende betydning for særligt misbrugsbehandlingen og samarbejdet om den psykiatriske behandling. Ved disse samtaler kan anvendes særlige redskaber, herunder screeningsredskaber og psykometriske redskaber, og dele af behandlingen kan foregå i grupper.

Formålet er at forbygge og nedbringe antallet af voldsepisoder og konflikter samt forebygge anvendelsen af tvang, hvorfor blandt andet deescalering og konfliktnedtrapning sammen med motivationsarbejde er en naturlig del af det tværfaglige behandlings- og rehabiliteringsarbejde.

Det er et selvstændigt mål, at smidig overgang til relevante indsatser efter udskrivelse understøttes under indlæggelsen sammen med den kommunale kontaktperson, aktører fra den kommunale misbrugsbehandling, kommunale botilbud/ socialpsykiatriske institutioner, den ambulante psykiatri og andre relevante aktører, såsom patientens egen læge, således at der sikres en større sammenhæng og integration af behandlingsindsatserne, også på tværs af sektorerne (kommune, almen praksis og sygehus).

Pårørendeinddragelse og -samarbejde indgår som element i alle indlæggelsens faser.

Under opholdet i afdelingen vil der hyppigt være koordinerende møder med patienten og relevante aktører. Ved disse møder bliver behandlingen vurderet og justeret med det formål at patienten kan afsluttes/udsluses til det planlagte relevante sociale tilbud.

Såvel behandlingsplanen som den samlede plan skal således tilpasses til den enkelte patients behov og rettes mod det tilbud, der er vurderet relevant efter udskrivelse.

Den samlede behandling skal understøtte patienten i at:

- Mestre egen situation
- Varetage egenomsorg, herunder have kendskab til somatiske og psykiatriske symptomer
- Fungere bedre socialt
- Bevare og gerne udbygge netværk
- Finde motivation til forandring

Behandlingsindsatserne vil afhænge af patientens behov og i tilpasset omfang indeholde:

- Farmakologisk behandling af psykiatrisk lidelse og evt misbrug
- Samtaler/ psykoterapeutisk behandling/ evt gruppebehandling, herunder
 - Motiverende samtaler
 - Samtaler orienteret mod bedret aggressionsforvaltning
 - Psykoedukation
 - Social færdighedstræning
 - Udvikling af personlige mestringskompetencer
- Netværksarbejde, herunder pårørendesamtaler og –samarbejde, (eks. med udgangspunkt i behandlingsmodellen OPUS)
- Interventioner afstemt efter systematisk risikovurdering i forhold til vold og selvmord
- Vurdering og indsatser i forhold til KRAM-faktorer (under hensyn til graden af patientens sygdomstilstand) og eventuelle somatiske sygdomme

Særlige delelementer:

6. Patientens forståelse og mål

- Beskrivelse af patientens personlige mål og motivation skal beskrives i samarbejde med patienten og tilrettes løbende– som udgangspunkt for tilrettelæggelse af den samlede behandlingsindsats

7. Løbende beskrivelse af patienten/ evt. videre udredning (hvis behov)

- Løbende vurdering af psykopatologi med inddragelse af tidligere udredning m.m., inkl. evt. revurdering af diagnose.
- Somatisk opfølgning incl. KRAM
- Løbende risikovurderinger (evt. voldsrisikovurdering med inddragelse af viden fra KIF, hvis relevant)

8. Videre social udredning (hvis der er behov for dette)

- Stillingtagen til hvilke aktiviteter patienten med fordel kan følge og deltage i under indlæggelsen. I de tilfælde hvor patienten har en ressourceforløbsplan eller uddannelsesplan kan aktiviteter under indlæggelsen inddrages heri.
- Stillingtagen til hvorvidt grundlaget for vurdering er tilstrækkeligt eller om der er behov for yderligere vurdering (i samarbejde med kommunale samarbejdspartnere)

9. Vurdering af ADL-funktion

- Med henblik på at patienterne vedligeholder og træner sine almindelige daglige færdigheder under indlæggelsen i det omfang det er muligt. Det kan være i forhold til at fastholde en dagsstruktur, mad, tøjvask mv. henblik på udskrivelse.
- Samt mhp sikring af relevante mål for funktion og støtte efter udskrivelse

10.Uddybning af misbrugsanamnese (i samarbejde med aktuelle eller fremtidige samarbejdspartnere i misbrugsbehandlingsregi)

- Bekræfte patientens oplysninger om misbrugsproblemer ved hjælp af misbrugsanamnese og objektiv lægeundersøgelse, evt. urinalyser
- Vurdere graden af afhængighed/misbrug
- Identificere misbrugsrelaterede komplikationer og vurdere eventuel risikoadfærd
- Identificere andre somatiske, psykiske og sociale problemstillinger
- Sikre tilbud om serologisk screening for hepatitis og hiv herunder rådgivning
- Tage stilling til psykologisk og farmakologisk misbrugsbehandling, herunder motivationsarbejde

11.Udarbejde behandlingsplaner (løbende)

- Opdateret plan for psykofarmakologisk behandling
- Opdateret plan for samtalebehandling /psykoterapeutisk behandling
- Plan for behandling af misbrug
- Aktiverende/rehabiliterende indsatser
- Psykoedukative/terapeutiske grupper
- Plan for etablering/udbygning af patientens relationer til senere ambulante kontakter

12.Netværksmøder (med relevans for den samlede plan)

- Afsæt i behandlingsplan og den samlede plan, inkl. patientens forventninger og mål
- Formøde mellem patient og pårørende/bisidder, kontaktperson e.l. efter patientens ønske
- Deltagelse af relevante samarbejdspartnere
- Udarbejde fælles aftale (referat)

Forberedelse til at vende tilbage til hverdagen uden for afdelingen

Planlagt udslusning

Revurdering af ophold sker ved behov og som minimum 6 måneder efter opholdets start og kan endvidere ske efter anmodning fra overlægen og personalet på de særlige pladser, hvis det vurderes, at patienten ikke lever op til visitationskriterierne. Visitationsforum foretager revurdering og kommunalbestyrelsen i patientens handlekommune træffer afgørelse om fortsat visitation til plads.

Hvis patienten ikke længere opfylder visitationskriterierne udsluses patienten (med eller uden samtykke). Det nærmere tidspunkt for udslusning fastsættes efter aftale med patientens kommune, og under hensyntagen til at den opfølgende indsats, aftalt i forbindelse med patientens samlede plan, er på plads. I patientens samlede plan angives, hvordan udslusningen konkret skal ske, og hvordan den opfølgende indsats sikres.

Med henblik på at forberede udslusning i god tid, afholdes der løbende opfølgingsmøder mellem kommunen og afdelingen for de særlige pladser omkring den enkelte patient under patientens indlæggelse. Udover at forberede en udslusning i god tid har møderne blandt andet til formål at give kommunen mulighed for løbende at opdatere den samlede plan, i dialog med personalet på den psykiatriske afdeling, hvis der undervejs i patientens indlæggelse opstår behov for justeringer af planen – herunder at tilpasse og forberede de indsatser som patienten udskrives til.

Akut udslusning – ved udeblivelse under behandlingsophold

Der kan være tilfælde hvor det ikke er muligt at planlægge udslusning af patienten, herunder følge den fastsatte praksis om revurdering af patienten i visitationsforum mv. jf. afsnittet ovenfor. Det kan eksempelvis være i det tilfælde hvor patienten udskrives sig selv, og/eller vælger hurtigt at trække sit samtykke til ophold på afdelingen tilbage.

Såfremt patienten under indlæggelse på den særlige afdeling, udebliver fra de særlige pladser, tages der, efter behørig forsøg på at få patienten tilbage, kontakt til visitationsforum, kommunen, samt evt. kriminalforsorgen, m.h.p. at iværksætte evt. udskrivelse.

Patienten kan udskrives efter 1 uges udeblivelse. Patientens kan dog ikke udskrives før afdelingen for de særlige pladser har haft kontakt til patienten, idet udeblivelse kan være et udtryk for at patientens behov har ændret sig, og at han/hun måske har brug for at blive (tvangs)indlagt på en almen psykiatrisk afdeling.

13. Sikring af afstemte mål og planer, der fremgår af den samlede plan

14. Forberede patienten på udskrivning

- Afstemme forventninger ift. det videre forløb efter udskrivning og forberede patienten
- Evt. hjemmebesøg (herunder i evt. ny bolig – evt. overnatning hjemme)

15. Aftaler med ambulant psykiatri ifm. udskrivning

- Følge op i forhold til gnidningsfri overgang (inkl. hurtig opstart) til evt. ambulant behandling efter udskrivning
- Udskrivningsaftale og/eller koordinationsplan
- Evt. tvungen opfølgning (hvis kriterier er opfyldt)

16. Forberede kommunale samarbejdspartnere, KIF (hvis relevant) , almen praksis og øvrige samarbejdspartnere på udskrivning jf. samlet plan

- Orientering/varsling
- Følge op i forhold til samlet plan i samarbejde med handlekommunen, som er ansvarlig for den videre indsats
- Evt. henvisning til misbrugsbehandling
- Udskrivningsaftale og/eller koordinationsplan

17. Forberede pårørende/netværk på udskrivning

Når patienten skal forlade afdelingen

18. Netværksmøde ved udskrivning

- Formøde mellem patient og pårørende/bisidder, kontaktperson e.l. efter patientens ønske
- Deltagelse af kommunal kontaktperson, samt øvrige relevante samarbejdspartnere, jf. samlet plan.
- Forventningsafstemning i forhold til det videre forløb
- Sikring af de opfølgende indsatser samt støttebehov jf. patientens samlede plan, er klar ved patientens udskrivelse
- Udarbejde fælles aftale (referat)

Udskrivning