



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

REGION
SJÆLLAND
- vi er til for dig



Integreret patientforløb for mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik

Version 2.0

2024 04 29

Indhold

Indledning.....	4
Formål.....	4
Baggrund: Hvorfor integreret behandling?	4
No wrong door.....	5
En fælles indsats på tværs af regionerne	5
Ambitioner for integreret behandling af dobbeltdiagnosepatienter	5
Et integreret behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnose	7
Integreret behandling.....	7
Koordineret behandling.....	7
Stepped care modellen.....	8
Patientens behov er styrende for behandlingen.....	8
Opbygge en behandlingsalliance.....	9
En vedvarende og opsøgende indsats	9
Målgruppe for integreret behandling	11
Del 1. Det integrerede ambulante patientforløb.....	12
Henvielse og visitation af patienten til integreret behandling.....	14
De fire faser i det ambulante patientforløb	15
Skal- og kan-aktiviteter	15
Fase 1. Patienten starter i integreret behandling	16
Kriterier for at patienten er i opstartsfasen	16
Formål med fasen	16
Principper	16
Fase 2. Behandling når patienten er i ustabil fase	16
Kriterier for at patienten er i behandling i den ustabile fase	16
Formål med fasen	17

Fase 3. Behandling når patienten er i stabil fase.....	17
Kriterier for at patienten er i behandling i den stabile fase	17
Formål med fasen	17
Fase 4. Overgang til koordineret behandling	17
Kriterier for at patienten kan overgå til koordineret behandling	17
Formål med fasen	17
Del 2. Det integrerede indlagte patientforløb.....	19
Patientens møde med et sengeafsnit.....	20
Når patienten ankommer i sengeafsnit, mødes patienten med tillid, hjælpsomhed og nysgerrighed. .	20
Tillidsfulde samtaler styrker behandlingen	20
Hurtig og tilstrækkelig behandling	20
Tidlig planlagt overgang ved udskrivelse.....	20
Patientforløbets fire faser under indlæggelse.....	21
Skal-aktiviteter ved kort og lang indlæggelse.....	21
Vigtige kvalitetsskabende aktiviteter	22
Kan-aktiviteter	22
Fase 1. Patienten henvender sig i akutfunktionen.....	22
Patienten kan henvende sig på baggrund af/fra/med følgende	22
Fase 2. Patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan	23
Kriterier for at patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan	23
Fase 3. Patienten modtager behandling	23
Kriterier for at patienten modtager behandling.....	23
Fase 4. Patientens udskrivelse og overgang.....	23
Kriterier for at patienten udskrives	23
Bilag 1. Flowdiagram over det integrerede ambulante patientforløb	24
Bilag 2. Flowdiagrammer over det integrerede forløb for indlagte patienter	29

Indledning

Formål

Denne patientforløbsbeskrivelse er skrevet til hospitalsdirektioner, ledere, klinisk- og administrativt personale, der skal udvikle, oprette, drifte og arbejde i et integreret behandlingstilbud for patienter med en psykisk lidelse og et samtidigt rusmiddelbrug.

Den beskriver et sammenhængende integreret dobbeltdiagnosetilbud af ensartet høj kvalitet til patienter på tværs af regionerne. Patientforløbet beskriver de aktiviteter, der indgår i patientbehandlingen – både de sociale- og sundhedsfaglige indsatser, samt hvilke vejledninger, skemaer og værktøjer, der skal understøtte behandlingsforløbene. Del 1 i dokumentet beskriver behandling i ambulante regi, og del 2 beskriver behandling under indlæggelse.

Målgruppen for det integrerede behandlingstilbud er overordnet de patienter, der har psykiske lidelser af moderat til svær grad med et psykiatrisk behandlingsbehov og en samtidig rusmiddelproblematik. Samtidig skal funktionsevnen været så påvirket, at hverdagen for patienten er så kompleks og kaotisk, at det vurderes, at patienten ikke kan følge eller have gavn af behandling i et koordineret behandlingstilbud, dvs. ikke kan følge to samtidige behandlingsforløb i den regionale psykiatri og den kommunale rusmiddelbehandling. Mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, som ikke har profileret af et koordineret tilbud igennem en periode, vil også være målgruppe for tilbuddet. For uddybning henvises til side 10.

Arbejdet med udarbejdelse af forløbsbeskrivelsen har været forankret i en tværregional og tværsektoriel planlægningsgruppe med kliniske, planlægnings og forskningsmæssige kompetencer - ledet af Region Hovedstaden. Der har i forløbet været afholdt forskellige workshops med bred deltagelse herunder patient- og pårørendedeltagelse. Afsnittene 'Patients møde med' er skrevet med udgangspunkt i feedback samtaler med patienter og pårørende. Forløbsbeskrivelsen vil blive opdateret ved ny faglig viden og evidens.

Baggrund: Hvorfor integreret behandling?

Blandt mennesker med en psykisk lidelse har en stor andel samtidig en rusmiddelproblematik - og omvendt. De har tilmed ofte svære og komplekse sociale udfordringer og øget risiko for somatiske sygdomme. Det komplekse sygdomsbillede gør, at disse mennesker har behov for en sammenhængende behandling, der sætter ind overfor patientens samlede problem og livssituation.

Siden 2007 har kommunerne haft ansvaret for ambulante alkohol- og stofbehandling, mens regionerne har haft ansvaret for behandling af psykiske lidelser. Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsorganisation vedtog med Økonomaftalen for 2023, at rusmiddelbehandlingen af mennesker med en samtidig psykisk lidelse fra 2024 trinvis skal overgå til regionerne. Regionerne skal herefter tilbyde patienter med samtidigt psykisk lidelse og rusmiddelproblematik, et integreret behandlingstilbud.

Gennem de seneste cirka 20 år er der kommet en række anbefalinger internationalt vedrørende behandlingen af mennesker med en psykiatrisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Anbefalingerne peger alle på, at disse patienter bedst behandles 'integreret'. Hermed er der internationalt konsensus om, at rusmiddelproblematik og psykisk lidelse skal ses og behandles samlet og i sammenhæng.

Integreret behandling er ikke et fastlagt behandlingsprogram. Det er et ideal, hvor behandlere søger at fjerne de barrierer, der står i vejen for at levere sammenhængende hjælp og helhedsorienteret behandling til mennesker med en psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen har udarbejdet en [faglig visitationsretningslinje](#), som beskriver visitationen til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Den inkluderer en beskrivelse af målgruppen samt principper og organisering af behandlingen. Denne patientforløbsbeskrivelse skal læses i sammenhæng med de faglige visitationsretningslinjer.

No wrong door

For patienter i målgruppen er det særligt vigtigt, at der er nem adgang til behandling, og at man som patient ikke bliver afvist fx med begrundelse i rusmiddelproblematik. Derfor følger regionerne **No wrong door**-princippet. Det vil sige, at uanset hvor patienten henvender sig for at få hjælp (fx egen læge, akutklinik, psykiatri, somatik og kommunale instanser), skal behovet og behandling identificeres og imødekommes. Hvis behandlere under behandlingsforløbet vurderer, at den videre behandling, helt eller delvist, varetages bedre et andet sted, skal overgangen til den videre behandling ske via henvisning og brobygning.

En fælles indsats på tværs af regionerne

De fem regioner har forskellige rammevilkår for den behandling der tilbydes, som fx geografiske forskelle og måden de psykiatriske tilbud er organiseret på. Det tager denne patientforløbsbeskrivelse højde for. Risikoen for at "tabe" patienter med dobbeltdiagnoser er høj ved overgange mellem behandlingstilbud og sektorer. Derfor er det et princip for patientbehandlingen, at overgange skal minimeres. Den ambulante integrerede behandling skal, så vidt muligt, være en del af de nuværende tilbud i regionerne.

Ambitioner for integreret behandling af dobbeltdiagnosepatienter

Patientforløbsbeskrivelsen er et middel til at give patienter i landets fem regioner den bedst mulige integrerede behandling for psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik. Ambitionerne med patientforløbene er:

Patientperspektivet

- Sammenhængende patientforløb: samme patient, samme behandlere og behandling samme sted
- Støtte til recovery: håb, drømme, identitet og fællesskaber
- Patienter bliver mødt med empati, forståelse og lydhørhed
- No Wrong Door: patienter har let og hurtig adgang til hjælp

Behandlingskvaliteten

- Fleksibelt forløb, målrettet den enkelte patients behov
- Ensartet behandling i høj kvalitet understøttet af faglige retningslinjer og vejledninger
- Behandlingen skal være integreret
- Samarbejde med patienter og pårørende ud fra beskrevne standarder og roller

Medarbejderperspektivet

- Tilbud om ensartet kompetenceudvikling af personale på tværs af regionerne
- Der er tid nok til at behandle den enkelte patient
- Vi samarbejder tæt om patienterne på tværs af faggrupper og sektorer
- Vi hjælper med fokus på hele patientens situation

Arbejdsgange

- Få overgange i forløbet, hvor sammenhængen er velbeskrevet
- En fortsættende behandlingsplan – patientens plan (dvs. en plan, der er udarbejdet sammen med patienten, at den rummer en plan for en samlet behandling af begge lidelser og at den følger patienten i overgange)
- Bygge bro: mellem indlæggelser og ambulant behandling, og mellem integreret og koordineret behandling
- Fokus på god velkomst og opstart

Et integreret behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnose

Integreret behandling

I et integreret behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnose er den sociale- og sundhedsfaglige behandling af rusmiddelproblematikken og behandlingen af den psykiske lidelse forankret i regionen.

Det integrerede behandlingstilbud skal være nært, tilgængeligt og fleksibelt og skal tilrettelægges efter den enkeltes behov og situation. Som patient skal man kunne modtage den samlede behandling på én fysisk lokation, men det skal også være muligt at få behandling fx i eget hjem eller via telepsykiatriske funktioner.

Den ambulante integrerede behandling vil foregå mest hensigtsmæssigt i tværfaglige teams, som arbejder under fælles ledelse og med fælles retningslinjer. Patient og behandlere lægger én samlet behandlingsplan for den enkelte patient; en plan som både inkluderer psykiatrisk- og rusmiddelbehandling. Recovery og skadesreduktion indgår som et gennemgående princip i det integrerede behandlingstilbud.

I hele behandlingsforløbet, både ambulante og under evt. indlæggelse, samarbejder patienten med behandlere og andre relevante aktører, som løbende inddrages, bl.a. via koordinerende indsatsplaner og på netværksmøder. Omdrejningspunktet er den enkelte patients ønsker og behov ift. fx behandlingen, bolig og beskæftigelse, familie og venner, mv. Der skal være fokus på at inddrage og støtte evt. pårørende herunder en særlig opmærksomhed på børn som pårørende.

Gruppen af patienter, som har begge lidelser i svær grad samt komplekse sociale problemstillinger, vil også være en del af dette tilbud. Her tilbydes patienten en særligt fleksibel, målrettet og håndholdt indsats.

Koordineret behandling

Alle behandlingsforløb skal være koordinerede. Det vil sige, at der er en helhedsorienteret tilgang der sikrer, at patientens ønsker og behov imødekommes. Det sker ved at koordinere og inddrage alle relevante aktører på tværs af indsatser og sektorer. Koordineringen skal ske før, under og efter den integrerede behandling.

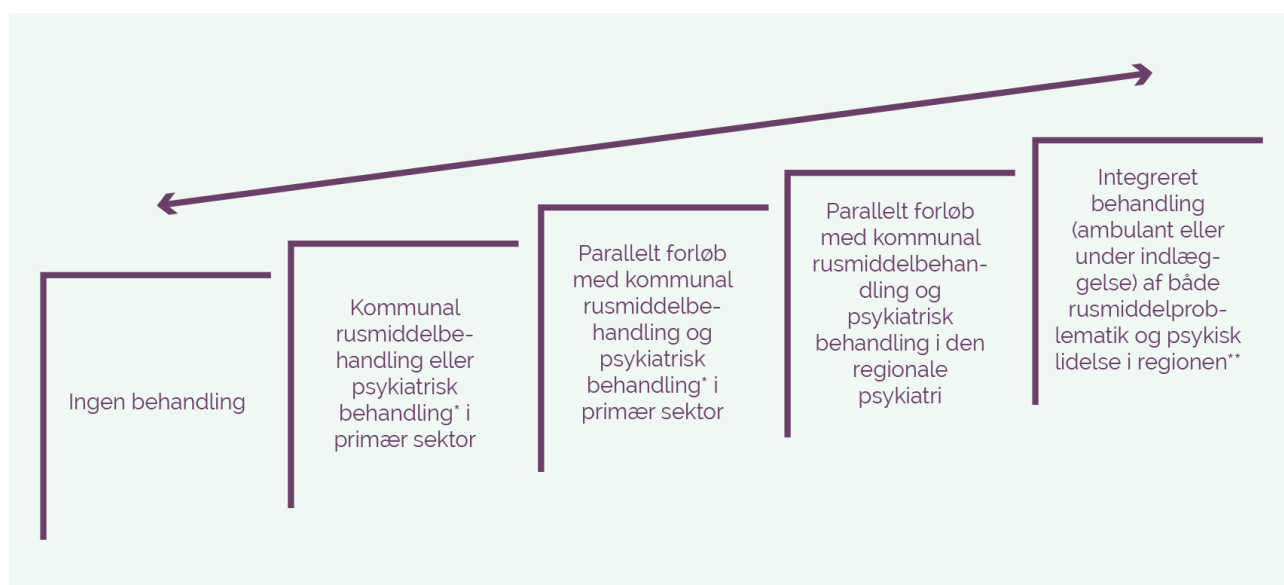
I et koordineret behandlingsforløb (kaldet parallelt forløb i Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinjer) følger patienten den psykiatriske behandling i regionen samtidigt med behandlingen for rusmiddelproblematikken forgår i kommunalt regi. Koordinerede forløb skal tilbydes de patienter, som har et samlet funktionsniveau, der gør, at de fagligt vurderes at profitere fra det.

I et koordineret forløb skal patientbehandlingen altid koordineres på tværs af indsatser og sektorer – på samme måde som i et integreret forløb ved brug af koordinerende indsatsplaner og netværksmøder.

Stepped care modellen

Behandlingen af patienter med en dobbeltdiagnose foregår som en graderet indsats. Intensiteten bestemmes ud fra sværhedsgraden af patientens lidelser og problemstillinger og patientens ønsker til behandlingen.

Stepped care modellen (se fig. 1) illustrerer, hvordan man kan øge og reducere intensiteten af behandlingen. Det integrerede forløb er det øverste step i modellen og det koordinerede (kaldet parallelle i visitationsretningslinjerne) forløb det andet øverste. Patienten tilbydes det behandlingsforløb, der bedst matcher patientønsker og -behov. I overgangen af rusmiddelbehandling fra en sektor til en anden skal der være tæt koordinering og brobygning med forpligtende aftaler for håndtering af tilbagefald (dvs. uden ny visitation i minimum et år). For de patienter som har fluktuerende behov, er det vigtigt, at der ikke er for mange overgange, og at der skabes en stabil og kontinuerlig behandling.



* Psykoterapeutisk og/eller medicinsk behandling hos psykolog, psykiater eller egen læge

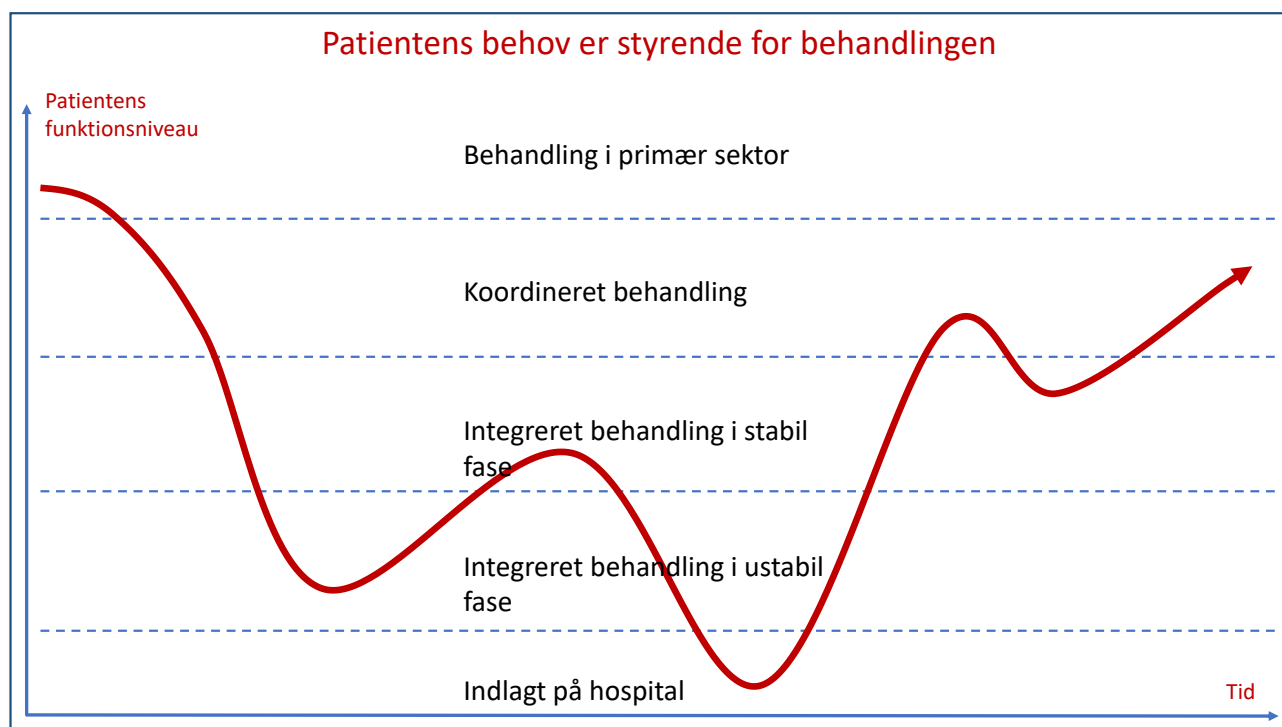
** I tæt samarbejde med bopælskommune vedr. bolig, beskæftigelse o.l.

Figur 1. Stepped care modellen

Patientens behov er styrende for behandlingen

Patienter med dobbeltdiagnoser har ofte sygdomsforløb af cyklisk og ustabil karakter, og det er derfor vigtigt at behandlingstilbuddet kan tilpasses alt efter sværhedsgraden af både den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken.

Figur 2 illustrerer, hvordan man i det integrerede behandlingsforløb kan justere intensiteten af behandlingen. Gennem hele behandlingsforløbet er der fokus på at sikre stabilitet og kontinuitet, både mellem sektorer, men også mellem ambulante forløb og indlæggelser.



Figur 2. Patientens behov er styrende for behandlingen

Opbygge en behandlingsalliance

Patienter med en psykiatrisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik kan have haft tidligere negative oplevelser med behandlingssystemet og kan have komplekse sociale problemer som fx have svært ved at indgå i relationer. Personen kan have lyst til at blive rask, men kan være så påvirket af lidelserne og/eller den samlede livssituation, at det kan være svært at opbygge og vedligeholde relationer til behandlere eller følge behandlingen i perioder. Behandlingen tager højde for, at det kan tage tid og kræve en vedvarende indsats, før patienten har ønske om, tillid og personlige ressourcer til at behandlingen kan foregå.

En vedvarende og opsøgende indsats

Patienter med dobbeltdiagnoser kan være særdeles ustabile i fremmøde og i kontakten, f.eks. i perioder med ustabil/eskaleret rusmiddelindtag og/eller forværring i psykisk lidelse. Der kan være øget behov for at etablere opsøgende indsatser i den ustabile fase. Manglende fremmøde til behandling er for denne

målgruppe ikke lig med 'manglende motivation'. Her skal der tages særligt hensyn til denne patientgruppe og således iværksættes fx opsøgende hjælp på lige fod med intensive patienter.

Målgruppe for integreret behandling

Målgruppen for det integrerede behandlingstilbud er:

- Voksne (18+).
- Personer med psykisk lidelse af moderat til svær grad med et psykiatrisk behandlingsbehov, samtidig rusmiddelproblematik samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et koordineret forløb – eller hvor der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb.
- Personer med rusmiddelproblematik og stærk mistanke om psykisk lidelse af moderat til svær grad med et psykiatrisk behandlingsbehov, samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et koordineret forløb – eller hvor der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb.
- Det vurderes, at diagnoser blandt personer i målgruppen typisk vil være psykoser, herunder stofudløste psykoser, skizofreni, svær grad af affektive lidelser såsom bipolar lidelse eller depression med psykotiske symptomer eller svær grad af angstlidelser som fx PTSD. Mennesker med personlighedsforstyrrelser, ADHD eller andre psykiske lidelser i svær grad, kan også være i målgruppe for tilbuddet. Der vil ofte være tale om lidelser af længerevarende og/eller tilbagevendende karakter.
- Rusmiddelproblematikken vil være kendetegnet ved, at patienten har et vedvarende og skadeligt brug af rusmidler i en sådan grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nærtstående personer. Rusmidler omfatter fx alkohol, opioider, centralstimulerende stoffer så som kokain og amfetaminer, hallucinogener, cannabis samt benzodiazepiner.
- Dette er en heterogen gruppe. Der vil være nogle, som kan følge et struktureret behandlingstilbud, mens andre vil have en sværhedsgrad af psykisk lidelse og rusmiddelproblematik og/eller komplekse sociale problemer som gør at de har behov for et meget fleksibelt og håndholdt tilbud. Muligheden for udredning kan således vanskeliggøres, og derfor bør en behandlingsindsats indledningsvist i disse tilfælde ske samtidig med en løbende udredning.

Del 1. Det integrerede ambulante patientforløb

Patientens møde med ambulatoriet

Dette afsnit er skrevet med udgangspunkt i en samtale med tidligere patienter og pårørende, som har haft erfaringer med at navigere to behandlingssystemer, med henblik på at forstå hvad er vigtigt i et integreret behandlingsforløb.

Udgangspunktet for et vellykket behandlingsforløb er, at behandlere, patient og pårørende formår at etablere et samarbejde med et fælles fokus. Samarbejdet skal være kendetegnet ved, at:

Fagpersonalet har faglighed, som omfatter indsigter i hele patientens situation

Den samtale og de planlægningsaktiviteter som patienten har med fagpersonalet skal være orienteret om hele patientens livssituation. Personalet skal både interessere sig for patientens problematikker, men også for de sammenhænge, som findes i patientens liv. Hvordan påvirker patientens psykiske lidelse, rusmiddelproblematik og livssituation hinanden? Og hvad med job, økonomi, somatiske sygdomme, familie og venner? Personalet skal turde spørge ind til brug af rusmidler, og skal sammen med patienten komme til bunds i rusmiddeldiagnosen, såvel som den psykiatriske diagnose, så den rigtige hjælp og behandling kan gives.

Relationen mellem patient og personale bygger på tillid og fælles indsigter

Behandlingstilbuddet skal være troværdigt og tillidsvækkende, og det skal tage højde for at det tager tid at opbygge en relation, samt at bryde en evt. tidligere opstået mistillid. Patienten skal møde de samme gennemgående fagpersoner, hvor tilliden kan udvikle sig og samarbejdet om behandlingsforløbet kan blive indsigtfuldt, ærligt og hjælpsomt. Relationen skal kunne rumme, at patienten i perioder kan være for syg til at følge sin behandling. Peer medarbejdere kan hjælpe med at styrke relationen mellem patienten og behandlingstilbuddet.

Omgangsformen er imødekommende, åben og ærlig

Patienten skal føle sig velkommen og forstået i sit behandlingsforløb. Behandlingsstedet skal være et rart sted at komme, hvor patienten kan være tryk ved at fortælle ærligt og åbent om brug af rusmidler og psykisk lidelse. Adgangen skal følge **No wrong door**-princippet. Det betyder, at uanset hvor patienten henvender sig i psykiatri, somatik eller kommunale instanser, skal behovet for hjælp og behandling identificeres og imødekommes. Det sker via henvisning og brobygning, hvor der oprettes kontakt med det rette tilbud. Patienter må ikke afvises eller slippes.

Pårørende kan være en vigtig ressource i patientens recovery

Selv om pårørende ikke kan have ansvar for behandlingen, kan en pårørende have en vigtig rolle og en stemme, der på patientens vegne kan bidrage med indsigt om patientens behov og erfaringer ind i samarbejdet mellem behandlere og patient.

Involveringen starter med at spørge patienten "Hvad er det du har brug for?"

Behandlingstilbuddet skal etablere et ligeværdigt samarbejde med patient og pårørende. Patient og pårørende er eksperter i patientens liv, sygdom og behandlingsbehov. Det team af fagpersoner, som omgiver patienten, skal interessere sig for patientens samlede situation og udforme et troværdigt behandlingstilbud i samarbejde med patient og pårørende. Positive fællesskaber kan motivere til behandling og øget involvering. Peer medarbejdere kan bidrage til at sikre god involvering af patienter og deres pårørende.

Henvisning og visitation af patienten til integreret behandling

En tværregional arbejdsgruppe er nedsat af den tværregionale planlægningsgruppe, som drøfter henvisnings- og visitationsprocessen ud fra de godkendte faglige visitationsretningslinjer og med henblik på at skabe en ensartet tilgang til processen.

De fire faser i det ambulante patientforløb

Det integrerede ambulante patientforløb består af fire faser:

- En opstartsfasen
- En ustabil fase
- En stabil fase
- Overgangsfasen (til koordineret behandling)

I de fire faser er det beskrevet, hvordan patienten bliver tilbudt behandling gennem det ambulante patientforløb og hvilke aktiviteter, undersøgelser, og screeninger behandlingen indeholder. Som figur 2 på side 9 illustrerer, vil nogle patienter bevæge sig mellem behandlingen i den "stabile" og "ustabile", og også blive indlagt en eller flere gange. Behandlingen er fleksibel og målrettet patientens tilstand, behov og ønsker. Derfor er varigheden og antallet af behandlingsfaser individuelle. Det er også muligt at faserne overlapper hinanden. Fx kan der være behov for at starte behandling i den ustabile fase, mens de afsluttende aktiviteter i opstartsfasen finder sted.

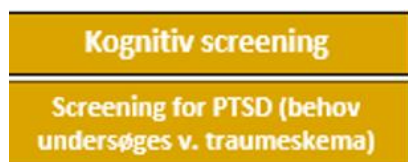
Patientforløbet kan ses i dets helhed i bilag 1.

Skal- og kan-aktiviteter

Som beskrevet i indledningen har regionerne forskellige udgangspunkter for levering af den integrerede behandling, og derfor er aktiviteterne i faserne delt op i "skal" og "kan" aktiviteter. Aktiviteter der står skrevet i de brune tekstbokse skal-aktiviteter, som alle regioner vil leve op til, fx:



De aktiviteter der står skrevet i de gule tekstbokse er kan-aktiviteter, som regionerne vil levere, hvor det er realistisk og relevant, fx:



Fase 1. Patienten starter i integreret behandling

Fasen kan ses på side 25, bilag 1.

Kriterier for at patienten er i opstartsfasen

- Voksne (18+), med ønske om at opstarte i behandling.
- Personer med psykisk lidelse af moderat til svær grad med et psykiatrisk behandlingsbehov, samtidig rusmiddelproblematik samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et koordineret forløb – eller hvor der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb.
- Personer med rusmiddelproblematik og stærk mistanke om psykisk lidelse af moderat til svær grad med et psykiatrisk behandlingsbehov, samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et koordineret forløb – eller hvor der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb.

Formål med fasen

- At opbygge et tillidsfuldt og trygt samarbejde mellem patienten, pårørende og behandlere
- At skabe fælles forståelse af patientens behandlingsønsker
- At afdække og opstarte psykiske og somatiske forebyggende indsatser og behandlinger
- At afdække rusmiddelforbrug og -mønstre
- At afdække behov for og opstarte sociale interventioner
- At opbygge et samarbejde med patientens netværk og pårørende, med patientens samtykke.

Principper

- Patientkontakt en gang ugentligt minimum
- Manglende eller utilstrækkelige undersøgelser må ikke være stopklods for behandling

Fase 2. Behandling når patienten er i ustabil fase

Fasen kan ses på side 26, bilag 1.

Kriterier for at patienten er i behandling i den ustabile fase

- Patienten har et stigende kaotisk rusmiddelforbrug
- Patienten har psykiatrisk sygdomsforværring
- Patienten er i en ustabil social situation
- Patientens funktionsniveau er lavt / faldende
- Patienten er overvejende ustabil men har hyppige udsving mellem stabil og ustabil
- Patienterne vurderer selv, at behandling i ustabil fase er nødvendig

Formål med fasen

- At reducere skade og risiko for skade
- At etablere og fastholde kontakten til patienten
- At opretholde den samlede behandlingsindsats gennem fleksibel og opsøgende patientkontakt
- At gennemføre akut intervention, når det er nødvendigt

Fase 3. Behandling når patienten er i stabil fase

Fasen kan ses på side 27, bilag 1.

Kriterier for at patienten er i behandling i den stabile fase

- Er som udgangspunkt der hvor behandlingen forløber godt, og ifølge den aftalte plan
- Behandlingen af rusmiddelproblematik er stabil eller reducerende
- Ingen psykiatrisk sygdomsforværring
- Patienten er overvejende stabil men kan være kortvarigt eller midlertidigt ustabil

Formål med fasen

- Behandlingen er i overensstemmelse med aftalte plan
- Understøtte patienten til at kunne overgå / vende tilbage til et parallelt tilbud
- At kunne intensivere behandlingen til behandling i ustabil fase ved behov
- Nye mål for behandlingen med sigte på, at forløbet ikke er lineært.

Fase 4. Overgang til koordineret behandling

Fasen kan ses på side 28, bilag 1.

Kriterier for at patienten kan overgå til koordineret behandling

- Det samlede funktionsniveau gør, at patienten har gavn af at følge, koordineret behandling, som foregår i samarbejde mellem region og kommune:
 - Patienten skal kunne etablere og indgå i nye behandlingsrelationer
 - Patienten skal være overvejende mødestabil
 - Patienten skal kunne følge den aftalte behandling.
- Det er en grundlæggende forudsætning, at region og kommune formår at koordinere behandling og arbejdsgange, så patienten fortsat oplever ét samlet behandlingsforløb.

Formål med fasen

- At sikre, at patienten er klar til at overgå til koordineret behandling

- At sikre, at der er en realistisk koordineret indsatsplan, som "gribes" og anvendes efter overgangen til den koordinerede behandling.
- At sikre at patientens funktionsniveau er tilstrækkeligt godt til, at patienten kan overgå til koordineret behandling.
- At hjælpe og bistå patienten til en tryk og sikker overgang til koordineret behandling.

Del 2. Det integrerede indlagte patientforløb

Patientens møde med et sengeafsnit

Dette afsnit er skrevet med udgangspunkt i en samtale med tidligere patienter og pårørende, som har haft erfaringer med at navigere to behandlingssystemer, med henblik på at forstå hvad er vigtigt i et integreret behandlingsforløb.

Når en patient har brug for at blive indlagt på sengeafsnit, er udgangspunktet af hjælpe patienten tilstrækkeligt til at kunne vende tilbage til ambulans eller anden behandling. Patienten skal opleve, at indlæggelsen er en naturlig afgrænset del af et sammenhængende behandlingsforløb.

Når patienten ankommer i sengeafsnit, mødes patienten med tillid, hjælpsomhed og nysgerrighed. Ved ankomst til sengeafsnit bliver patienten mødt af personale, som lytter og spørger ”Hvad har du brug for?”. Kort ventetid, tillid og hjælpsomhed er grundlaget for en god start på indlæggelsen; en overgang hvor patienten kan have det svært. Lange ventetider kan medføre at patienten oplever en øget grad af abstinenser. Personalet lytter både til patient og pårørende.

Tillidsfulde samtaler styrker behandlingen

Under indlæggelsen søger behandlerne at inddrage patienten og de pårørende. Det kan være ensomt at være indlagt, så personalet skal hjælpe med at inddrage patienten i samtaler og aktiviteter på afsnittet. En mere praktisk tilgang kan hjælpe patienten med at udtrykke de ting, som kan være svært at sætte ord på. Åbenhed i samtalerne giver patienten en følelse af at blive mødt, respekteret og hjulpet. Kontaktpersoner, peer medarbejdere og pårørende er alle med til at opbygge patientens tro på at behandlingen lykkes – også når der her været et eller flere tidligere indlæggelsesforløb.

Hurtig og tilstrækkelig behandling

Det kan være svært som patient at forholde sig til for mange forskellige behandlere. Der er behov for et fokus på den angst man kan have – både for at være indlagt og omgivet af mennesker man ikke kender, men også mangel på rusmidler og bekymring for om abstinensbehandlingen er tilstrækkelig. Man har brug for at blive mødt af en åben dør, og blive taget alvorlig. Det er vigtigt at brobygningen starter tidligt, så der er en god overgang til udskrivelsen. Et godt samarbejde om patientbehandling gør det lettere for patient og personale at nå til en fælles forståelse af, hvad som indgår i behandlingen under indlæggelsen og hvorfor. Åben samtale om psykiske lidelser rusmiddelproblematik og livsomstændigheder bevirker, at behandlingen kan målrettes patienten. Tvang og risiko for tvangsbehandling skaber frygt, og bør undgås. For at minimere utryghed ved overgange mellem afsnit skal patienten følges af en, som patienten kender.

Tidlig planlagt overgang ved udskrivelse

Når patienten udskrives fra sengeafsnit, kan der opstå en skrøbelig situation for patienten med ensomhed og risiko for tilbagefald. Dette modgås ved, at udskrivelsen planlægges i god tid (gerne ved indlæggelse) sammen med patient og pårørende med sparring og bistand fra peer/recovery mentor. Præcis hvordan udskrivelsen skal foregå og hvordan tiden efter udskrivelsen fyldes ud med aktiviteter og indhold drøftes

løbende i samtaler med behandlere. Skal patienten overgå til behandling i ambulant regi, aftales med patienten om overgangen skal være håndholdt. Det samme aftales, når patienten skal ud at opsøge nye fællesskaber i civilsamfundet, og herved reducere risiko for tilbagefald.

Patientforløbets fire faser under indlæggelse

- Patienten henvender sig i akutfunktion
- Patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan
- Patienten modtager behandling
- Patientens udskrivelse og overgang

I de fire faser er det beskrevet, hvordan patienten bliver tilbudt behandling fra henvendelse i akutfunktionen, til indlæggelse og frem til udskrivelse, herunder hvilke aktiviteter, undersøgelser og screeninger, behandlingen indeholder. Som figur 2 på side 9 illustrerer, vil patienter i målgruppen fx bevæge sig mellem behandlingen i det ambulante integrerede forløb og behandlingen under indlæggelse. Behandlingen er fleksibel og målrettet patientens samlede situation, tilstand, behov og ønsker. Derfor er varigheden og antallet af behandlingsfaser individuelle.

Patientforløbet kan ses i dets helhed i bilag 2.

Skal-aktiviteter ved kort og lang indlæggelse

En del af patienterne forventes at få en kort og stabiliserende indlæggelse, hvilket i denne forløbsbeskrivelse vil sige op til syv dage. Andre patienter har brug for indlæggelse i længere tid. Derfor skelnes mellem kort og lang indlæggelse i forløbsbeskrivelsen.

De aktiviteter som står skrevet i blå tekstbokse, er Skal-aktiviteter ved korttidsindlæggelse op til syv dage. Dette er aktiviteter, som er helt afgørende for at den integrerede indlagte dobbeltdiagnosebehandling skaber den nødvendige behandlingseffekt og patientsikkerhed, fx

**Patienten triageres
(Evt. sammen med indledende
samtale. Afgørende at
abstinensbehandling starter
meget hurtigt ved behov)**

**Indhente skriftligt samtykke
(mundtligt er også tilstrækkeligt)**

De aktiviteter som står skrevet i brune tekstbokse, er yderligere Skal-aktiviteter, for patienter som er indlagte i mere end syv dage. Dette er aktiviteter, som også er helt afgørende for den integrerede indlagte dobbelt-diagnosebehandling, men specifikt for patienter indlagt i længere tid, fx

Samtale med "forløbsansvarlige" (eller team)
- Status på behandling
- Overblik over udskrivelse og brobygning

Læge/Specialpsykolog samtale
- Status på behandling

- Medicinjustering
- Medicinudlevering og substitutionsbeh.

Vigtige kvalitetsskabende aktiviteter

Ud over Skal-aktiviteterne er andre vigtige kvalitetsskabende aktiviteter beskrevet i patientforløbs-beskrivelsen. Dette er kan-aktiviteter, som bringer høj faglig kvalitet ind i patientbehandlingen. Disse aktiviteter er centrale for, at den kliniske behandlingskvalitet og den patientoplevede kvalitet løfter sig til et højt niveau. De står skrevet i orange tekstbokse, fx

Ambulante / kommunale aktører bistår patienten i overgangen. Fx følgeskab til aktiviteter og aftaler udenfor sengeafsnittet.

Kan-aktiviteter

Som beskrevet i indledningen har regionerne forskellige udgangspunkter for levering af den integrerede behandling. De aktiviteter der står skrevet i de gule tekstbokse er kan-aktiviteter, som regionerne vil levere, hvor det er realistisk og relevant, fx:

Patienten får tilbud om psykoedukation.

Fase 1. Patienten henvender sig i akutfunktionen

Fasen kan ses på side 30, bilag 2.

Patienten kan henvende sig på baggrund af/fra/med følgende

- Selvhenvendelse, eller følges af pårørende
- Aftale med ambulante behandlere eller egen læge

- Somatikken (skadestue eller stationært afsnit)
- Politi
- Efter kontakt til akuttelefon, lægevagt eller fællestelefon
- Aftale med andre, fx bosted, rusmiddelenhed, NGO, bostøtte
- Indlæggelse i henhold til dom

Fase 2. Patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan

Fasen kan ses på side 31, bilag 2.

Kriterier for at patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan

- Patienter hvor det vurderes, at der er behov for en indlæggelse
- Der er et sikkerhedshensyn
- Diagnosticeringen kan ikke foregå ambulant

Fase 3. Patienten modtager behandling

Fasen kan ses på side 32, bilag 2.

Kriterier for at patienten modtager behandling

- Der er et sikkerhedshensyn
- Behandlingen kan ikke foregå ambulant
- Der er behov for psykiatrisk behandling, der rækker ud over afrusning og abstinensbehandling

Fase 4. Patientens udskrivelse og overgang

Fasen kan ses på side 33, bilag 2.

Kriterier for at patienten udskrives

- Patientens psykiske tilstand er stabiliseret, og patienten har haft udgang samt orlov til at sove hjemme (ved længerevarende indlæggelser, da det ikke altid er realistisk ved korte)
- Patienten er ikke længere til fare for sig selv eller andre
- Ved behov er abstinensbehandling påbegyndt, og der er lagt en plan for ambulant integreret opfølgning

Bilag 1. Flowdiagram over det integrerede ambulante patientforløb

		Fase 1. Patienten starter i integreret behandling					
Skal-aktiviteter		Indledende vurdering	Konsultation evt. ved sygeplejerske	Lægesamtaler	Behandlingsplansmøde	Behandlingssamtaler	Samtaler med andre aktører og pårørende
Kan-aktiviteter							
Patientens oplevelse og behov		Patientressourcesamtale. Ressourcer, handlemuligheder og styrker. Kontakt til en mentor fra start. Opbygge tillid og fælles forståelse til patienten.	Opbygge tillid og fælles forståelse i relation til patienten	Opbygge tillid og fælles forståelse i relation til patienten			
Undersøgelse	Aktuelle psykiske symptomer		Helbredsundersøgelse evt ved sygeplejerske	Somatisk gennemgang og screening, herunder undersøgelse for evt. komorbiditet	Udarbejde behandlingsplan		
	Risikovurdering						
	Selvmodsscreening						
	Rusmiddelscreening						
	Social screening						
	Kognitiv screening				Stille / validere diagnoser		
	Screening for PTSD (behov undersøges v. traumeskema)						
Nonfarmakologisk behandling	Patientressourcesamtale		Påbegynde arbejde med skadesreduktion			Opstart af behandlingssamtaler	Pårørendesamtale og børnesamtale
	Udarbejde kriseplan					Tilbud om hjemmebesøg hos patienten med behandlingssigte eller hvor patienten ønsker det.	
	Indhente skriftlig samtykke til behandling						Etablering af kontakt til peers
Farmakologisk behandling	Ajournføring i FMK		Medicinn gennemgang og bivirkningsscreening (hvis patient er i behandling)	Tilbud om relevant vaccination			
	Tage stilling til aftaler om udlevering og indtag af medicin			Medicinn gennemgang			
Sammenhæng					Koordinerende indsatsplan/ netværksmøde. Mål for behandlingen aftales		Følg patient til andre behandlingssteder.
					Opstarte samarbejde med kommunale aktører fx jobcent		Orienteringsbrev til egen læge om ordination af medicin
					Evt starte samarbejde med bosted		Ved retslige foranstaltninger. Påtægne dom og opstarte samarbejde med kriminalforsorgen
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer.		Rusmiddelscreening	Aktuel psykiatrisk beskrivelse og sygdomsvurdering	Screening for PTSD / afdække traume		
			Kognitiv screening	Patientens ønskede mål med den samlede behandling	Mentors rolle og funktion		

		Fase 2. Behandling når patienten er i ustabil fase						
		Akutte samtaler	Akut udredning og planer	Samtaler med andre aktører og pårørende	Netværksmøder	Psykosociale aktiviteter / AD HOC		
Skal-aktiviteter	Kan-aktiviteter							
Patientens oplevelse og behov	Hele fasen: En gennemgående kontaktperson som et fast holdepunkt.		Der er behov for, at gøre det som hjælper, også selv om det ikke står i standarderne.	Patient skal opleve, at der er altid er hjælp at hente. Der er behov for her-og-nu hjælp udenfor normal åbningstid.				
Undersøgelse	<p>Intensivere kontakten med fleksible, tætte og akutte patientsamtaler i eller udenfor ambulatoriet mhp. vurdering af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk status • Rusmiddelforbrug og adfærd • Somatisk status • Effekt af behov for justering af den medicinske behandlin • Risikovurdering ift selvskaide, selvmord og kriminalitet • Psykosocial status 	<p>Opfølgende screeninger efter individuel vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selvmordsscreening • Bivirkningsscreening • Rusmiddelscreening • Somatisk screening • Risikovurdering • Kriseplaner 						
Nonfarmakologisk behandling	<p>Motiverende samtale</p> <p>Adressere presserende problemer</p>	<p>Sikkerhedsvurdering i teamet forud for et patientmøde</p> <p>Opsøgende og intensiveret patientkontakt efter behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akutte patientsamtaler • Somatisk screening • Akutte medicinjusteringer • Akut indlæggelse, frivilligt eller iht psykiatriloven <p>Revurdering af behandlingsplan</p> <p>Fremskudt somatisk behandling fx i flexklinik</p>	<p>Tæt samarbejde med den praktiserende læge. Hyppige tilbagemeldinger om patientens status</p> <p>Løbende orientering til teamets øvrige behandlere</p> <p>Evt inddrage Politi / Social / Psykiatri (PSP) i samarbejdet som forebyggelse.</p>	<p>Indhente hyppige opfølgninger hos relevante kontakter i netværket, fx kommune, bosted osv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et solidt måltid med mhp: <ul style="list-style-type: none"> • At observere patienten • At skabe relationer • At modificere præparater <p>Peer kontakt Patient får kontakt til medarbejder med dobbeltdiagnoseerfaring.</p> <p>Mentorstøtte - muligvis peer. En intensiveret opsøgende kontakt når man ikke har det så godt.</p> <p>Udvidet tilgængelighed. Kontakt udenfor kontortid, når man har brug for hjælp.</p>			
Farmakologisk behandling	Medicinudlevering			<p>Tæt samarbejde med den praktiserende læge. Hyppige tilbagemeldinger om patientens status</p>				
Sammenhæng				<p>Etablering af kontakt til peers</p> <p>Hyppige opfølgninger om KIP med relevante kontakter om KIP i netværket fx kommune, bosted osv.</p>	<p>Indkalde til KIP / netværksmøde samt afholde møderne.</p> <p>Samarbejde med pårørende, bosted og/eller andet netværk.</p>			
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)		Selvmoersrisikovurdering	Psykiatrisk status – diagnoseafhængig	Samarbejde m fx kommune ift udlevering af medicin / substitutionsbehandling	Psykosocial Status	FACT / OPUS	PSP samarbejde	Netværksmøde / KIP
		Rusmiddelscreening	Medicinudleveringsinstruks	Behandling af abstinenser	Bivirkningsscreening for alle præparater	Fremskudt somatisk behandling.	Kontakt til egen læge	
		V-Risk 10	Samlet vurdering af Psyk og Rus.	Videosamtale	Hjemmebesøg	Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer.	Aftale med kommuner ift standarder vedr. hurtig beslutning / fremskudt sagsbehandling	

Fase 3. Behandling når patienten er i stabil fase						
Skal-aktiviteter	Møder om behandlingsplan og patientplan	Samtaler med andre aktører og pårørende	Konsultation ved kontaktperson fx spl.	Lægesamtaler	Netværksmøde	
Kan-aktiviteter						
Patientens oplevelse og behov	Ligeværdig samarbejde/samtale mellem patient, og behandlere om, hvad mål og succeskriterier er for behandlingen.		Det skal være en gennemgående kontaktperson. Evt 2.			
Undersøgelse	Møder og medicinaftaler <ul style="list-style-type: none"> • Patientsamtale med behandlingssigte • Revurdere aftaler om udlevering og indtag af medicin • Observation af virkning og bivirkning • Medicinudlevering og instruktion til bosted • Individuel kognitiv adfærdsterapi – rusmiddel og socialadfærd • Psykoedukation • Opfølgning på somatisk tilstand og virologi evt. vacciner. 			Lægesamtaler		
Nonfarmakologisk behandling	Løbende tilpasse: farma og nofarma <ul style="list-style-type: none"> • Møde- og medicinaftale • Behandlingsbehov psyko-fysisk-social intervention • Kriseplan • Lægeerklæringer • Statusattester • Medicinpas 	Vurdere om patienten skal støttes i af skabe eller genskabe kontakt til pårørende og netværk. Evt et værested.		Somatisk screening Opfølgende screeninger efter individuel vurdering <ul style="list-style-type: none"> • Selvmordscreening • Bivirkningsscreening (UKU Antipsykotisk og UKU SORT) • Risikovurdering • Opfølgning på viral screening med tilbud om vaccination • Kriseplaner 		Social opfølgning efter patientens behov. Ansøgninger om sociale ydelser, støtte til økonomisk sanering og struktur mm.
Farmakologisk behandling	Efter behov og minimum hvert år ifb med fornyelse af behandlingsplan <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk vurdering • Somatisk status og gennemgang inkl viral screening • Selvmordscreening • Bivirkningsscreening • Rusmiddelscreening • Vurdering af funktionsniveau • Opfølgning på retslig foranstaltning 	Tilbyde pårørendesamtaler Peers netværk - hjælpe patient til andre miljøer.				Møde og medicinaftaler samt fastholde eller genetablere, samt udvikle relation og behandlingsalliance.
Sammenhæng		Følge patient til andre somatiske behandlinger, tandlæge, bosted og retsmøder.		Læge sender årligt orienteringsbrev til egen læge om ordination af medicin.		Praktislæge inviteres med og får tilsendt referat. Samarbejde med pårørende, bosted og/eller andet netværk.
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Bivirkningsscreening Kriseplan Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer	Risikovurdering Rusmiddelscreening	Somatisk screening (særlig version for patientgruppen) Udvidet helbredstjek	Selvmordsrisikovurdering Kognitive screening	Netværksmøde og Koordinerende behandlingsplan Vurdering af funktionsniveau	

Fase 4. Patientens overgang til koordineret behandling				
	Afsluttende møder og aktiviteter	Afsluttende vurderinger og screeninger	Netværksmøde	Brobygning
Skal-aktiviteter				
Kan-aktiviteter				
Patientens oplevelse og behov	Patienten har mulighed for i hele fasen af samtale med peer / recovery mentor om overgangen til koordineret forløb. Støtte og råd i overgangen.		Patienten skal have et tydeligt billede af, hvordan overgangen vil ske, trygt og sikkert. Brug Maslows behovspyramide: Bopæl, økonomi, osv.	Patienten kan have behov for hjælp til en tryk overgang til koordineret behandling. Risiko for tilbagefald minimeres med peer / recovery mentor som deltager i aktiviteter i brobygningen.
Undersøgelse	<p>I samarbejde med patienten drøfte følgende videre behov og ønsker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk/psykisk status • Rusmiddelforbrug og adfærd • Effekt af og behov for justering af den medicinske behandling • Sociale status • Personlige netværk <p>Afsluttende samtale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Under samtalen vedr. psykisk status have fokus på ressourcer og den udvikling patienten har været igennem. 	<p>Afsluttende screeninger efter individuel vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selvmordsscreening • Bivirkningsscreening • Rusmiddelscreening • Risikovurdering for retspsykiatriske patienter • Kriseplaner • Ajourføring i fælles medicinkort (FMK) • Status/opfølgning på somatiske undersøgelser • Beskrivelse af funktionsniveau 	<p>Udarbejde plan for det videre forløb i samarbejde med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Kontaktpersonen • Egen læge • Socialrådgiver • Patientens netværk • Fremtidige behandlere • Pårørende • Bosteder • Recovery mentor / peers 	<p>Udarbejde plan for overgang og det videre forløb i samarbejde med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pårørende • Civilsamfundsaktører • Kontaktperson, så vidt muligt den samme før og efter overgang.
Nonfarmakologisk behandling		<p>Voldsrisikovurdering for ikke retspsykiatriske patienter.</p>		
Farmakologisk behandling		<p>"Vejen tilbage". Aftale kriterier for at komme retur til integreret behandling. Vejen tilbage" skal fremgå af overleveringsdokumentet. Her fremgår plan fra det "nye", men også det "gamle" forløb.</p>		
Sammenhæng		<p>Epikrise sendes til egen læge</p>		<p>Følg patienten til opstartsmøder og aktiviteter kommunen og netværk.</p>
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	<p>Patientens ønskede mål med den samlede behandling</p> <p>Visuelt redskab til at se udvikling og handlemuligheder.</p>	<p>Vurdering af funktionsniveau</p> <p>Rusmiddelscreening</p>	<p>Vurdering af livskvalitet</p> <p>Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer</p>	<p>Koordinerende indsatsplan / netværksmøde / forløbsplan – en særlig plan for DD patienter</p> <p>Ny standard som beskriver overgang til koordineret behandling.</p>

Bilag 2. Flowdiagrammer over det integrerede forløb for indlagte patienter

Fase 1. Patienten henvender sig i akutfunktion					
Skal-aktivitet - kort indlæggelse					
Skal-aktiviteter – lang indlæggelse					
Kan-aktivitet – vigtig/høj kvalitet	Patientens modtages	Indledende vurdering og samtale	Akut behandling	Forberedelse og overgang til indlæggelse på sengeafsnit	Afslutning eller overgang til anden behandling.
Kan-aktivitet					
Patientens oplevelse og behov	Patienten bliver budt velkommen med det samme. Hvis der er ventetid, er patienten sammen med fx peer / pårørende. Der er besked om hvornår lægen kommer og tager imod patienten.	Der er en åbenhed i samtale om rusmidlelforbrug og psykiatrisk problemstilling.	Patienten får tilbud hjælp til abstinensbehandling. Informering om U-tox gennemføres for at tjekke om der har været blandet noget i stoffet.	Patienten hjælpes til at hente tøj og andre ejendele hjemme.	Tilbud om mulighed for at bliver fulgt til anden behandling.
Undersøgelse	Patienten triageres (Evt. sammen med indledende samtale. Afgørende at abstinensbehandling starter meget hurtigt ved behov)	Risikovurdering (del af triagen og uddybes i lægesamtale)		Patientsamtale om indlæggelse inkl. forventningsafstemning med fokus på patients ønsker og behov (foregå løbende med plejepersonale og læge)	
	Indhente skriftligt samtykke (mundtligt er også tilstrækkeligt)	Rusmiddelsscreening inkl. forbrug og adfærd (del af triagen og uddybes i lægesamtale)		Informere pårørende om indlæggelse	
	Læge orienterer sig i (seneste) ambulante notater og behandlings-plan inkl. FMK	Anamnese og Objektiv Psykiatrisk vurdering			Dokumentation af akutforløb til brug i anden behandling (EPI-krise og orientering at ambulatorium)
Nonfarmakologisk behandling	Spørg om patienten er sulten, har fået søvn. Er der andre behov? Kan med fordel gøres i venteværelset	Selvordsscreening (del af triagen og uddybes i lægesamtale)			
		Somatisk undersøgelse (med fokus på det akutte)	Husk at anerkende psykiske abstinenser og behandle dem, herunder symptombehandling, nærvær og samtale	Overflytningsnotat og dokumentation af akutforløb til brug for sengeafsnit	Orientering til egen læge (EPI-krise)
		Social screening (med fokus på det akutte, senere udvidet)	Behandling af intoxication	Informere sengeafsnit om indlæggelse (mundtligt)	Patientsamtale om afslutning og anden behandling (evt. udskrivningssamtale)
		Akut medicinplan	Behandling af agitation	Hjælpe patient med at hente tøj med videre hjemme (hvis skadestue i længere tid)	Udarbejde kriseplan sammen med patienten (hvis udskrivelse ellers kan det gøres senere)
		Forhåndstilkendegivelse	Behandling af abstinenser (skal startes hurtigt)		
		Forventningsafstemning med patienten (både plejepersonale og læge)	Behandling af søvnbesvær		
Farmakologisk behandling	Plejepersonalet skal afdække patientens ønsker og behov og forberede lægesamtale med patient	Lægesamtale		Revurdering af medicinplan og øvrig medicinering	
Sammenhæng				Følge patienten til sengeafsnit eller aftale at en fra sengeafsnit henter	Hvis ikke i amb. Integreret behandling skal det vurderes om der skal henvises + laves aftale om ambulant opfølgning
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer.	Rusmiddelsscreening DUDIT/AUDIT	Voldsriskovurdering	Møde med socialt udsatte patienter	Akut medicinplan
	Akut afrusning og abstinensbehandling	Opmærksomhed vedrørende rusmidler	Selvordsscreening	Bivirkningsscreening	Anamnese og Objektiv Psykiatrisk Vurdering
		Standard for genindlæggelser	Somatisk undersøgelse med fokus på det akutte	Standard for genindlæggelser	Brobygning til kommuner, NGO'er m.v.

Fase 2. Patienten diagnosticeres og får en behandlingsplan						
Skal-aktivitet - kort indlæggelse						
Skal-aktiviteter – lang indlæggelse						
Kan-aktivitet – vigtig/høj kvalitet	Samtale med kontaktperson og læge / specialpsykolog	Samtale med forløbsansvarlig sygeplejerske & kontaktpers.	1. behandlingsplansmøde	Samtaler om behandlingsplan med læge / specialpsykolog	Samtaler med øvrige behandlere	2. behandlingsplansmøde
Kan-aktivitet						
Patientens oplevelse og behov	Tilbud om peermedarbejder med i overgange og i alle faserne.	Peer/recovery mentor møde med patienten som forberedelse. Tydelig oversigt over behandlingen	Husk dialog om patientens ønsker, mål, og hvad kan patienten selv gøre.	Transparent behandlingsoversigt	Transparent behandlingsoversigt	Husk dialog om patientens ønsker, mål, og hvad kan patienten selv gøre.
Undersøgelse	Tilbud om samtale med peer / recovery mentor	Udvidet helbredsundersøgelse ved sygeplejerske <ul style="list-style-type: none"> • Tryksår • Væsketal • Sygeplejefaglige opgaver • KRAM • Ernæring • Ved afrusning: abstinensbehandling 	Formulering af fælles mål	Indsamle data til yderligere diagnosticering. Psykiatriske problemstillinger, rusmidler, somatisk udredning, medicinsk behandling inkl substitutionsbehandling	Afklarung af sociale problematikker. Aftale om interventioner og afklaring af netværk. Evt. socialrådgiver	
	Patientressourcesamtale. Samtale om ressourcer, styrker og handlemuligheder.		Samarbejde om at udarbejde behandlingsplan			
	Opfølgning på indledende vurdering i akutklinikken.		Invitation af flere faggrupper, kontaktperson, peer/mentor og evt. pårørende.	Samtaler med patienten om motivationen til at modtage behandling.	Samtale om fysisk aktivitet. Dataindsamling vedrørende patientens kropslige ressourcer. Evt. fysioterapeut	
	Gennemføre indledende vurdering og samtale som ikke var mulig i akutklinikken pga patientens tilstand					
Nonfarmakologisk behandling	Bivirkningsscreening		Patienten får tilbud om psykoedukation.			Patient og kontaktperson samarbejder om at forberede 2. behandlingsplansmøde inkl. patientens mål og problemliste til drøftelse.
			Samtale med kontaktperson og forløbsansvarlig sygeplejerske.			Indlede samtale om brobygning efter endt indlagt behandling. Hvis ikke i amb. Integreret behandling skal det vurderes om der skal henvises
Farmakologisk behandling				Medicinalgennemgang		Udarbejde behandlingsplan med input fra flere faggrupper og evt. pårørende (skal ikke nødvendigvis deltage)
Sammenhæng	Aftale om gennemgående inddragelse af pårørende	Aftale om samarbejde med netværk (bosted, jobcenter m.fl)	Netværksmøde i samarbejde med patienten. Mål for behandlingen & recovery aftales.			Opfølgning på det vurderede efter KRAM
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Rusmiddelscreening. Dudit, Dudit E.	Akut afrusning og abstinensbehandling	Anamnese og objektiv psykiatrisk vurdering & rusmiddelanamnese		UKU	
	Selvmodsscreening	Udvidet somatisk undersøgelse	Transparent behandlingsoversigt		Akutmedicinplan	
	Voldsriskovurdering	Psykoedukation	MOCA			

Fase 3. Patienten modtager behandling				
Skal-aktivitet - kort indlæggelse				
Skal-aktiviteter – lang indlæggelse				
Kan-aktivitet – vigtig/høj kvalitet	Opstart af patientbehandling	Opfølgende undersøgelser	Patientbehandling	Samtaler og møder
Kan-aktivitet				
Patientens oplevelse og behov	At peers/recoverymentor får viden om rusmidler, fx ved at oprette et modul om dette på peeruddannelse	Pårørende kan informere om vigtige observationer omkring patient som bivirkninger, adfærd, mv.	At personalet på let og overskuelig måde kan samtale med patient og pårørende om behandlingen.	At personalet på let og overskuelig måde kan samtale med patient og pårørende om behandlingen.
Undersøgelse		Opfølgende screening <u>efter individuel vurdering</u> – mhp nødvendighed af screening. <ul style="list-style-type: none"> Somatisk screening Rusmiddelscreening Abstinensscreening Bivirkningsscreening Risikovurdering Kriseplaner Suicidal screening Socialscreening Kognitiv test 		Læge/(special)psykolog (ugentligt), men kan varetages af andre faggrupper <ul style="list-style-type: none"> Om læring/træning ift. mål Om relevant medicinering Om relevant terapi Om patientens motivation Om somatiske problemstillinger (store undersøgelse skal være lægen)
Nonfarmakologisk behandling	Samtale med læge og kontaktperson om igangsætning af behandlingen i overensstemmelse med Behandlingsplanen Mulighed for kontakt med recoverymentor/peer	Kontinuerligt, og efter individuel vurdering, indsamle data (adfærd, forhåndstilkendegivelse, mælliste) om patientens psykiatriske problemstillinger ved kritiske situationer. Samtale med recoverymentor/peer om at være i behandling	(KAT, DAT i gruppeterapi) Individuel terapi MI Psykoedukation (patienter) Funktionstræning = ADL Fx køkkentræning Psykoedukation til pårørende Grupper/aktivitetstilbud v. peers/mentorere	Samtaler med kontaktperson om rusmiddelbehandlingen, og interaktionen mellem rusmidler og psykiatriske symptomer Tværfaglige samtaler, fx <ul style="list-style-type: none"> Sociale problemstillinger Pædagogiske problemstillinger Ergonomiske problemstillinger Fysioterapeutiske interventioner
Farmakologisk behandling		Daglig stillingtagen til den medicinske behandling – efter individuel vurdering	Medicinsk behandling – efter individuel vurdering	Behandlingsplansmøde/netværksmøde Patient, fagprofessionelle, peer/recovery mentor, pårørende & professionelt netværk.
Sammenhæng		Hvis ikke i amb. Integreret behandling skal det vurderes om der skal henvises	Ledsagelse til diverse aktiviteter	Opretholde kontakt til ambulatorium, netværk og civile aktører.
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Rusmiddelscreening. Dudit, Dudit E. Akut afrusning og abstinensbehandling Bivirkningsscreening	Akutmedicinplan Anamnese og Objektiv Psykiatrisk Vurdering Selvmordsscreening	Afvigende forløb (harm reduction) Kognitiv problemformulering Slip analyse	Somatisk undersøgelse - udvidet Kognitiv problemformulering Psykoedukation

Skal-aktivitet - kort indlæggelse	Fase 4. Patientens udskrivelse og overgang			
Skal-aktiviteter – lang indlæggelse	Afsluttende møder og aktiviteter	Afsluttende vurderinger og screeninger	Netværksmøde	Udskrivelse og overgang
Kan-aktivitet – vigtig/høj kvalitet				
Kan-aktivitet				
Patientens oplevelse og behov	Samtale i øjenhøjdedem forståeligt sprog om status og plan for overgang, personale patient og pårørende er enige om. .	Samtale i øjenhøjdedem og forståeligt sprog om plan ud fra patientens behov i overgang og tiden efter udskrivelse.	Etabler kontakt til peer / recovery mentor inden udskrivelse til større & evt håndholdt overgang ved behov. Mulig bisidder.	En plan der forebygger tilbagefald og ensomhed: Den holder patienten aktiv og væk fra det "gamle" netværk.
Undersøgelse	Samtale om patientens ønsker og behov til tiden efter udskrivelsen. <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisk status • Rusmiddelforbrug og adfærd • Effekt af, og behov for justering af al medicin (substitution, somatisk og psykofarmakologisk) • Social status – bolig & økonomi • Personlige netværk • Personlige ressourcer & handlemuligheder 	Afsluttende screeninger efter individuel vurdering: <ul style="list-style-type: none"> • Selvmordsscreening • Bivirkningsscreening • Rusmiddelscreening • Risikovurdering for retspsykiatriske patienter • Kriseplaner • Ajourføring i fælles medicinkort (FMK) • Status/opfølgning på somatiske undersøgelser • Beskrivelse af funktionsniveau 	Opdater og udarbejde behandlingsplan for udskrivelse <ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Kontaktpersonen • Peer/recovery mentor • Egen læge • Socialrådgiver • Patientens netværk • Fremtidige behandlere (ambulant) • Pårørende • Bosteder • Jobcenter • Væresteder • Myndighed • Kriminalforsogn • Socialpsykiatri • Soc. Sygeplejerske og soc.læge 	Mulighed for orlov
	Forberedelse til udskrivning <ul style="list-style-type: none"> • Træne ved udgang/sove hjemme. • Psykoedukation individuelt eller i gruppe 	Bivirkningsscreening	Udarbejdelse af udskrivningsaftale/ koordinationsplan	Miljø el. adfærdsterapeutisk forløb (fx KAT, DAT, MI – behandling der kan varetages af forskellige faggrupper) overgår evt. til ambulant regi.
	Fortsat behandling <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktperson samtaler • Rusmiddelbehandling, herunder forebyggelse af tilbagefald • Motivationsarbejde • Ergoterapeutiske Interventioner • Fysioterapi Interventioner • Psykolog aktiviteter om udskrivelse • (Gør status til behandlingsplan) 	Samtale med "forløbsansvarlige" (eller team) <ul style="list-style-type: none"> - Status på behandling - Overblik over udskrivelse og brobygning 	Kopi af behandlingsplan / referat fra netværksmøde til alle deltagere. Bisidder deltager ved mødet. Dagsorden udarbejdet med patient.	Udskrivessamtale <ul style="list-style-type: none"> • Status på behandling • Overblik over udskrivelse og brobygning
		Læge/Specialpsykolog samtale <ul style="list-style-type: none"> - Status på behandling • Medicinjustering • Medicinudlevering og substitutionsbeh. • Plan for ambulant medicinsk behandling 		Ambulante / kommunale aktører bistår patienten i overgangen. Fx følgeskab til aktiviteter og aftaler udenfor sengeafsnittet.
Nonfarmakologisk behandling				Ved udskrivelse en fredag eller lørdag, skal der være kontakt til patienten fra afdelingen dagen efter
Farmakologisk behandling				Hvis ikke i amb. Integreret behandling skal det vurderes om der skal henvises + laves aftale om ambulant opfølgning
Sammenhæng				Epikrise sendes til egen læge
Standarder (Vejledninger, skemaer mm)	Patientens ønskede mål med den samlede behandling	Vurdering af funktionsniveau	Vurdering af livskvalitet	Koordinerende indsatsplan / netværksmøde / forløbsplan – en særlig plan for DD patienter
	Visuelt redskab til at se udvikling og handlemuligheder.	Rusmiddelscreening	Sundhedsstyrelsens vejledninger og retningslinjer	Ny standard som beskriver overgang til koordineret behandling.