



---

Danske Regioner – forår 2019  
Indlæggelsesforløb for Voksenpsykiatri

# Forløbsbeskrivelse for patienter indlagt på grund af **udadreagerende adfærd**

VOKSNE



## Indledning

Formålet med forløbsbeskrivelser for indlæggelser i psykiatrien er, at tilbyde ensartet behandling af høj faglig kvalitet. Forløbsbeskrivelserne skal ses som en videreførelse af arbejdet med ambulante pakkeforløb i psykiatrien. Det skal endvidere ses i lyset af den nationale kvalitetsdagsorden med 8 nationale mål og en ambition om, kontinuerligt at løfte kvaliteten, så der skabes størst mulig værdi for patienterne.

Forløbsbeskrivelsen retter sig mod voksne patienter, som indlægges på hoved- eller regionsfunktionsniveau på en psykiatrisk afdeling. Forløbsbeskrivelserne skal ses i et forløbsperspektiv og dækker den del af et patientforløb, som foregår under indlæggelse. I tilrettelæggelsen tages udgangspunkt i det samlede forløb, herunder ambulante tiltag forud for indlæggelsen, triagering og tiltag i akutmodtagelse og hvordan der følges op efter udskrivelse. Formålet med indlæggelse i psykiatrien er, at afklare, undersøge og behandle patienten i sådan en grad, at eventuel efterfølgende ambulante behandling kan planlægges og udføres. Selvom indlæggelse ofte sker akut er det vigtigt, at vurdere alternativer til indlæggelse ud fra målsætningen om, i videst muligt omfang at behandle patienten i nærmiljøet og med mindst mulig indgribende indsats. Indlæggelse og behandling fordrer patientens samtykke, med mindre der efter psykiatriloven er indikation for brug af tvang.

Forløbsbeskrivelserne beskriver centrale elementer i forhold til målgruppen for den enkelte forløbsbeskrivelse og ved indlæggelser generelt, men er ikke en udtømmende liste for sundhedsfaglige aktiviteter under en indlæggelse. Når patienten er diagnostisk afklaret, følges nationale og regionale kliniske retningslinjer. Planlægning af elementerne i forløbsbeskrivelsen sker på baggrund af en faglig vurdering af patientens behov, samt patientens ønsker. Det er derfor vigtigt, at der sker en forventningsafstemning med patienten og pårørende, både i forhold til forhold til selve indlæggelsen og hvad der skal ske efter indlæggelsen.

Efterfølgende behandling, rehabilitering og støtte ventes at foregå ambulante, hos egen læge, speciallæge og/eller i kommunen. Det er vigtigt, at der i den forbindelse skabes sammenhæng for patienten/familien via en god dokumentation og dialog.

Forløbsbeskrivelserne skal ses som 1. generation af fælles beskrivelser for indlæggelser, og der er planlagt en første revision efter et år, når der foreligger erfaringer med brugen.

### Målgruppen for indlæggelse

Vurderingen af, hvilke udrednings- og behandlingsopgaver, der skal varetages hhv. ambulante og under indlæggelse, beror altid på en lægelig vurdering af graden af den enkelte patients symptomer, forpintethed og funktionsniveau.

Målgruppen for denne forløbsbeskrivelse er patienter med en adfærd, der opleves meget aggressiv eller voldsom af omgivelserne, herunder vold og trusler.

### Grundlag

Forløbsbeskrivelsen er tilrettelagt ud fra følgende litteratur:

- Specialevejledningen for psykiatri
- Danske Regioners målgruppebeskrivelse

### Udredning

*Udredning er et forløb, der afklarer henvisningsindikationen i en sådan grad, at mistanke om sygdom er afkræftet eller patienten kan informeres om, hvorvidt der anbefales ingen behandling, observation eller behandling, og patienten kan informeres om behandlingsmuligheder.*

*Efter endt udredning, kan der som del af behandlingsforløbet, foregå videre undersøgelse af patienten.*

Sundhedsfaglig handling		Indhold og monitorering (* ) Monitorering via Nationale mål (> ) Monitorering via LUP (#) Monitorering via RKKP
<b>Undersøgelse og plan</b>	Psykiatrisk vurdering – herunder behov for videre undersøgelse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Særligt fokus på udløsende faktorer for aktuel adfærd</li> </ul>	
	Patienter opfordres til - på frivillig basis - at aflevere genstande som jf. husordenen ikke må forefindes i afsnittet. Visitation uden samtykke kan alene foretages, såfremt betingelserne i psykiatrilovens §19 a er opfyldt	
	Somatisk undersøgelse (>) og opfølgning, herunder blodprøvetagning	
	KRAM (>) - herunder misbrugsscreening og fokus på evt. abstinenser	
	Social anamnese – inklusiv af afdækning af netværk (professionelt/privat)	
	Patientens forståelse og personlige mål for indlæggelse samt forventningsafstemning – herunder forhåndstilkendegivelse	
	Risikovurderinger – ved indlæggelse og fortløbende, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selvmord – vha. systematisk screeningsredskab</li> <li>• Vold – vha. systematisk screeningsredskab (fx Brøset Violence Checklist, BVC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foretages med faste intervaller, suppleret med mere omfattende struktureret redskab ved behov</li> </ul> </li> </ul>	
	Overveje alternativer til indlæggelse	
	Inddragelse af andres oplysninger – f.eks. rekvirering af akter, samtaler med pårørende/ netværk mm	
	Behandlingsplan – opstilles ved indlæggelse og revideres løbende.	
	Observation af symptomer og funktionsniveau <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematisk registrering af trusler og vold ( fx vha. SOAS-R)</li> </ul>	
Løbende evaluering af behandlingseffekt ved patient / behandlere		
<b>Non-farmakologisk behandling inklusiv miljøterapi</b>	Psyko terapeutisk behandling, med fokus på adfærd og regulering af denne	
	Psykoedukation for patient og pårørende	
	Miljøterapi tilpasset patientens aktuelle tilstand og personlige mål <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan for miljøterapeutisk håndtering af individuelle risikofaktorer</li> <li>• Deltagelse i rutiner med henblik på struktur på døgnrytme</li> <li>• Deltagelse i beroligende aktiviteter</li> <li>• Personlig skærmning, evt. fast vagt</li> </ul>	
<b>Farmakologisk behandling</b>	Medicengennemgang og evt. justering	
	Patientens præferencer og vurdering af compliance	
	Bivirkningsscreening - jævnfør gældende vejledninger	
	Vurdering af behov for behandling af angst og uro mv.	
<b>Sammenhæng</b>	Pårørendeinddragelse så tidligt som muligt (>)	
	Samarbejde med relevante aktører <ul style="list-style-type: none"> <li>- sikre videregivelse af relevant information, herunder til evt. bosted</li> <li>- netværksmøder med koordination af indsatsen (&gt;)</li> </ul>	
	Stillingtagen til behov for hjælp og støtte efter udskrivelse <ul style="list-style-type: none"> <li>- herunder behov for ambulans behandling, kommunal støtte, henvisning til Misbrugsbehandling og opfølgning hos egen læge</li> </ul>	
	Stillingtagen til behov for udskrivningsaftale / koordinationsplan, genoptræningsplan, koordineret indsatsplan	