

OpgaveStyret Retspsykiatri (OS)

Manual for OpgaveStyret behandling af mennesker med retslig foranstaltning på SL8



Dataindsamling og analyse



Stabilisering og rehabilitering



Udslusning og afslutning

SL8

OS-manual udarbejdet af
Jesper Skovgaard Gaasedal
og Steen Nath Skadhede
i samarbejde med SL8,
Regional Afdeling for
Retspsykiatri, Slagelse,
Region Sjælland

Indhold

INTRO TIL OS-KULTUREN	5
OS – Grundforståelsen af Den Retspsykiatriske Opgave	5
Målgruppe og patientoptag på RAR	6
Værdigrundlag for SL8.....	7
Værdigrundlaget – et gennemløb	8
Relationelle faldgruber og Ankerværdier	8
OS behandlingsstruktur	12
Vi stræber mod Psykomestring	12
Fasetænkningen	12
Koordinering af opgaver	14
Værktøjskassen	14
Samarbejde med patienter	15
OS – samarbejdsalliancen	15
Samarbejdsbrikken	17
Personalets gennemgående rolle som vejleder	17
OS planlægningsfora	19
Konference	19
Hvem deltager i konferencen?	19
De fysiske rammer	20
Konferencens struktur	20
Frekvens og valg af patient til konference	22
Kommunikationsform	22
Opgavefordeling	23
OS-klinik (beslutningsdygtigt fagligt forum)	24
OS Hverdagsstruktur	24
OS-døgnet – Kontinuitet og opgaver	24
Forberedelse til dagvagt:	24
Dagvagten:	25
Aftenvagten:	27
Nattevagten	28
Weekend	29
Mad og madvogne	29
OS-ugen	30
OS-måned	31
OS-året	31
POLITIK FOR SIKKERHED	37
Kommunikation	37
Risikostyring	38
Ansvar for sikkerhed	38
Fysisk sikkerhed	39
Mekanisk sikkerhed	40
Mental sikkerhed	40

Sikkerhed omkring patienterne.....	41
Læring.....	43
Yderligere referencer omkring sikkerhed på RAR.....	43
Mentorordning for personaler ansat på SL8.....	44
Hvorfor en mentorordning?.....	44
Introduktion og samarbejde	44
Arbejdsindsats samt vagtdeltagelse	44
Samtaler	44
SL8 - HANDS ON.....	45
Retningslinje angående visitering af patienter indlagt på lukket sengeafsnit SL8.....	45
Overvåget besøg	45
Adfærd omkring opkørte situationer.....	45
Sådan banker vi på	46
Bistandsværger og journaler	46
Telefoni og mail	46
Telefon til natsygeplejerske.....	46
Telefoni ud af huset.....	46
Personaletilstedeværelse i afsnittet.....	46
Patientmidler.....	46
Udgang.....	47
Ledsagelse af patienter uden for hospitalets område.....	47
Risikovurderinger ifm. udgang	48
Manual for formel skærmning	50
Definition af skærmning:	50
Formål:	50
Indretning af skærmen	50
Plantegning over skærmstue:.....	51
Planlægning og ansvar:	51
Kommunikation under skærmningsopgaven:.....	52
Besøg under skærmning:	53
Relevante henvisninger i forbindelse med skærmning:.....	53
Misbrugsbehandling	53
OS Misbrugsbehandling – en proces med flere trin	54
Misbrug - Hands On	56
2 misbrugsgrupper – 3 patientniveauer	58
TVÆRFAGLIGHED I OPGAVELØSNINGEN	59
Tværfaglighed på SL8	60
Pædagogens opgaver	60
3 ansvarsområder for det pædagogiske arbejde.....	61
Middagssamling.....	61
Patient – personalemøde	62
Måltider	62
Ergoterapi.....	63

Social færdighedstræning	65
Test og undersøgelser	65
Fysisk aktivitet.....	66
Morgengymnastik	67
Fysioterapi	68
Psykiatrisk fysioterapi	68
Fysioterapeutisk undersøgelse	68
Fysioterapeutisk behandling	69
Socialrådgivere	69
Referencer	72
Versionsbeskrivelse	72
BILAG – OS GRAFISKE GUIDELINES	72

INTRO TIL OS-KULTUREN

Visdomsord: "*Hvis du ikke vet hvor du skal,
ender du sannsynligvis et annet sted*"

OS – Grundforståelsen af Den Retspsykiatriske Opgave

Den Retspsykiatriske Triade

Den enkleste OpgaveStyrede fremstilling af retspsykiatri har 3 medvirkende med hver sit opgavefokus:

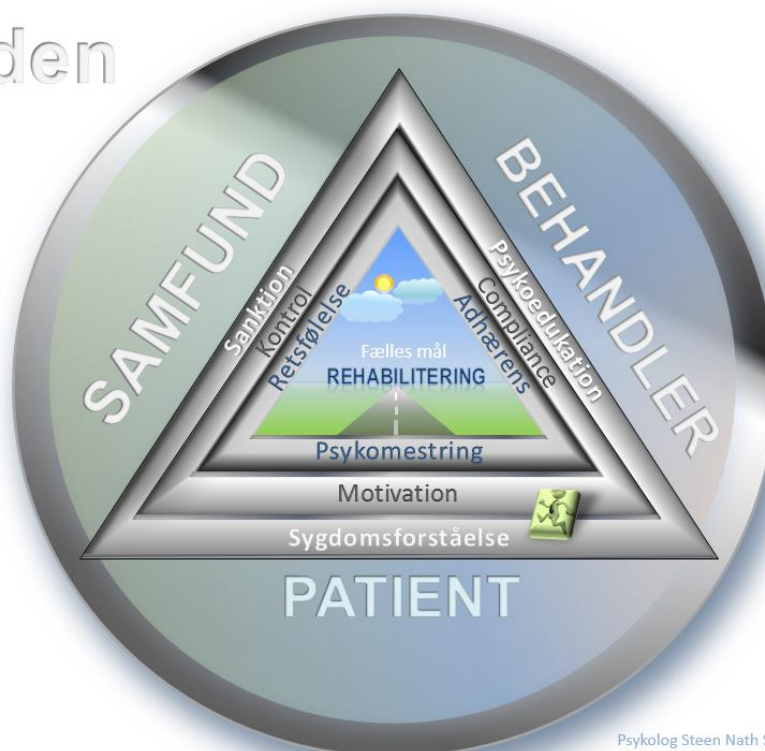
Vi har først en krænket part, hvor *Samfundet* gennem varetaget Retsfølelse¹ tager til genmæle på baggrund af straffeloven og stiller krav om psykiatrisk behandling til skadevolder (patienten). Samfundets mål er *Rehabilitering*. Dette gælder krænket part gennem retsfølelse, men også skadevolder (retssikkerhed) via Sundhedsloven og Psykiatriloven.

Den anden medvirkende i triaden er *Behandleren*. Den behandlingsansvarlige overlæge assisteret af sit tværfaglige team har af samfundet fået til opgave – optimalt i samarbejde med patienten – at bane vejen for en stabil tilstand, hvor den retslige foranstaltning trygt kan lempes eller ophæves helt. Gennem tillidsvækkende rammer under behandlingen sikres den terapeutiske alliance, så den medicinske *compliance* kan afløses af den mere langsigtede *adhærens* som fører til rehabilitering.

Den tredje aktør i retspsykiatrien er naturligvis *Patienten*, som ud over sine psykiske vanskeligheder må bakke med den belastning, der følger af at være blevet dømt til behandling. Rehabiliteringen af patienten går derfor ofte igennem både en *intern rehabiliteringsproces* (at samle sig efter et alvorligt gennembrud af psykose) samt en *ekstern rehabiliteringsproces* af social karakter, som starter i afsnittet. Her anerkendes patientens for sin deltagelse i behandlingen senere for sin sygdomsforståelse, sygdomsindsigt og -erkendelse samt den grad af mestring af sygdommen – *psykomestring* - som er patientperspektivet på rehabiliteringen, og som skal hjælpe patienten fremover, når foranstaltningen lempes eller hæves, og det atter bliver patientens eget ansvar at forvalte sit liv på bedste vis ud fra de vilkår, vedkommende er givet i samfundet.

¹ Hensynet til Retsfølelse skal forhindre, at skadeslidte eller pårørende til skadeslidte oplever deres retfærdighedssans krænket, og skrider til handling i form af selvtægt.

Triaden



Psykolog Steen Nath Skadhede 2014

Den Retspsykiatriske Triade – Forskellige aktører, men samme mål

Målgruppe og patientoptag på RAR

Regional Afdeling for Retspsykiatri (RAR) har som formål at servicere borgere i Region Sjælland, herunder patienter, der er varetægtssurrogatfængslede, patienter med dom til anbringelse på psykiatrisk afdeling, patienter fra ROT (Retspsykiatrisk Opsøgende Team) i psykiatriens område Vest og patienter med kendelse til mentalobservation under indlæggelse.

Det er endvidere RAR's opgave, at patienter tilknyttet Det Retspsykiatriske Opsøgende Team ROT enten kan indlægges planlagt på afsnittene med henvisning fra Det Opsøgende Team eller ved akut forværring i sygdomsforløbet via henvendelse og indlæggelse i Psykiatrisk Skademodtagelse Slagelse. Vores forpligtelse afgrænser sig til det subakutte, hvilket i vores tilfælde betyder modtagelse fra PAM næstfølgende formiddag. Denne aftale gælder også weekend og helligdage. RAR er forpligtet til at finde plads til de meldte patienter, såfremt et eller flere af ovenstående kriterier er opfyldt.

På SL8 varetager vi i udgangspunktet behandlingen af alle patienter med dom til anbringelse. Herudover kan der være patienter med B-dom.

Værdigrundlag for SL8

Vores perspektiv

Basis for Værdigrundlaget i SL8 tager udgangspunkt i behovet for at en fælles forståelsesramme for den virkelighed vi ser patienten gennem – vore relationer. Dvs.: Den måde vi taler vi om - og arbejder med - sindslidelsen, evt. misbrug osv.. Hvordan vi er medskaber omkring patienternes rammer, hvornår vi beslutter restriktioner er det rigtigste valg osv..

Del dine tanker med din kollega, og tag udgangspunkt i fakta.

Den videnskabelige litteratur fortæller os, at det er forståeligt, men ikke hensigtsmæssig, hvis vi bygger vores forståelse af vore patienter på mavefornemmelser og personlige oplevelser. Derfor er det vigtigt at vi på SL8 er indstillet på løbende at drøfte og justere vores virkelighedsopfattelse samt inddrage evidensbaserede metoder, som kan supplere den personlige vurdering. Det forventes af dig, at du hurtigt bliver god til beskrive - samt arbejde med - patienterne via denne rolle som fagprofessionel. Det forventes at dette arbejde foregår på baggrund af det værdigrundlag, som du sidder og læser lige nu.

Først det helt overordnede for vores arbejde: En OpgaveStyret tilgang opererer med målet om, at god Praksis løbende omsættes til bevidst arbejdskultur helt på linje med de retningslinjer som den forskningsmæssige litteratur udstikker. Vores refleksioner over Praksis indgår i den fortløbende udvikling af OS i den ramme den udspringer af og med de udefrakommende krav der hører med til moderne retspsykiatrisk rehabiliteringsarbejde



SL8 (daværende P5) har på en temadag arbejdet med et fælles værdigrundlaget, som kan hjælpe den enkelte medarbejder med at navigere i vanskelige situationer med patienterne, når der måske ikke lige er en instruks, der viser vejen. Vores værdigrundlag er således et forsøg på at synliggøre kulturen på vores arbejdsplads for nye medarbejdere. Et bevidst værdigrundlag hjælper med et fælles fodslag for de serviceydelser, vi skal producere, og hermed skabe trivsel for alle i afsnittet – patienter som personale.

Mange aspekter i vores behandling er ikke et spørgsmål om et enten/eller. Oftest er der mange forskellige løsningsforslag på samme problemstilling. Denne tilgang er en væsentlig faktor i skabelsen af kulturen, da den giver næring til forskellige måder at tale om tingene på og dermed sikre fortsat innovation af OS i vores rammer på SL8.

Værdigrundlaget – et gennemløb

Relationelle faldgruber og Ankerværdier

Vore relationer med patienterne er Alpha & Omega. På den første OS- temadag afsøgte vi de mest almindelige relationelle faldgruber, vi løber ind i med vores patienter. Faldgruberne er kulturelle elementer, der enten er produceret af vores arbejdsfællesskab, af vores patienter eller os selv som privatpersoner. Det er vigtigt at se faldgruberne – ikke som katastrofer eller udtryk for en håbløs uprofessionel tilgang – men blot beskrivelser af situationer, hvor vi yder under vores reelle kompetenceniveau. Med en faglig bevidsthed om faldgrubernes natur, kan vi bevæge os tættere på - ja måske en periode balancere helt på kanten af faldgruben - uden at bringe den gode professionelle relation i fare. Som en ekstra hjælp til denne dynamiske forståelse af patientarbejdet, udmundede temadagen sig i generelle OS-Ankerværdier som er personalegenererede værdiudsagn (Bottom Up), som skal sikre fodfæstet i den fortløbende opgaveløsning med patienten.

I stedet for en traditionel folder der kommunikerer vores fælles værdigrundlaget, ønsker vi et mere levende og visuelt udtryk til brug i fora, hvor arbejdskulturen er interessant at drøfte. I OS arbejder vi på tydelighed overfor såvel patienter og kolleger, og Værdigrundlaget formidles derfor i form af det klassiske Labyrintspil bygget i træ og/eller nyere versioner til smartphones. Modsat spillet gælder det dog ikke om at få kuglen i hul, men at holde gang i brættet. De to styrende akser (hvorpå man kan justere brættet for at sætte kuglen i spil) er *Tillid* og *Kontrol*. Kuglen er en metafor for den opgave, vi arbejder med, og både kontrol og tillid i vekselvirkning er vigtige komponenter i opgaveløsningen



Hold fagligheden kørende – undgå faldgruberne...

Passivitet

I midten af brættet har vi den *relationelle faldgrube* 'Passivitet', som oftest kan handle om, at en opgave er blevet for fastlåst, kompleks eller uoverskuelig. Passivitet kan udspringe af tanker og følelse, der gør, at - selvom man kan se opgaverne foran sig - vælger man at forholde sig passivt.

Et tegn på passivitet kunne være, at man tænker "Vi ser tiden an!" – ikke ud fra en bevidst strategi, men fordi man ikke aner, hvad man skal stille op. Det kan fx være patienter, der sidder i dagligstuen foran tv'et dag ud og dag ind - og personalet kan måske ikke se løsningsforslag til at bringe denne patient i spil. Eller patientens adfærd er blevet så stabilt devaluerende eller småtruende, at man stille og roligt affinder sig med det.

En positiv variation af "ikke-handlen" på kanten til faldgruben er evnen til at rumme og ikke kaste sig ud i forhastede konklusioner eller handlinger. Med de overordnede mål for øje skal vi løbende indsamle viden og afdække de opgaver, som er de væsentlige for patientforløbet. Supervision og kollegial refleksion er derfor vigtige fora til afdækning af om "ikke-handlen" er udtryk for, om du er faldet i faldgruben eller ej. På temadagen i 2014 fandt personalet at passivitet som faldgrube kan håndteres med følgende værdibaserede Anker:

AKTIVE KOMPETENCER ER ET FÆLLES ANSVAR

Serviceorgan

Vores patienter er ufrivilligt placeret i retspsykiatrien – og hermed hos os - på baggrund af lovover-trædelser. Mange patienter har derfor uvilje mod at deltage i behandling eller samfundet i øvrigt og kan se personalet nærmest som folk, der kan gøre rent på stuen eller sikre mad på bordet, når pengene slipper op sidst på måneden. På temadagen var metaforen for grænsen til faldgruben Serviceorgan brændingen på stranden. Det er svært ikke at få våde fødder. Vi kommer til at føle os som serviceorgan fra tid til anden. Bevægelser i zonen til denne faldgrube kan også bruges bevidst til at opnå en relation til en patient via hjælp og støtte i en mere servicerende form. Personalet fandt på temadagen at grænsen for denne udvaskede grænse til faldgruben kan håndteres med følgende Anker:

TJENESTER KAN BLIVE TIL BJØRNETJENESTER ²

² Bemærk, at "Bjørnetjeneste" er et såkaldt pendulord, som kan bruges med 2 helt modsatte betydninger. Her benyttes ordet i den oprindelige betydning; en tjeneste, der ikke er til gavn for modtageren, fx: Hvis man forsætter med binder et barns snøreband. Som udgangspunkt er det positivt at hjælpe, men barnet skal lære selv at binde sin sko.

Sladrehank

Faldgruben 'Sladrehank' italesætter den relation vi kan have i, hvis patienternes syn på os alene handler om vores forpligtelse til at informere relevante myndigheder om fremgang i behandling eller mangel på samme. Vi skal til enhver tid leve op til denne forpligtelse, men det er ikke vores opgave at finde på yderligere sanktioner end de af retssystemet tildelte. Selv om vi gør os umage med at forklare os - og skabe tillid i relationen - vil patientens paranoide beredskab eller skepsis affødt af negative livserfaringer kunne placere os solidt i faldgruben, uden vi kan gøre så meget ved det. Personalet fandt på temadagen, at fodfæste mod denne faldgrube kan håndteres med *Ankeret*:

VI UDFORDRER RAMMEN MEN BØJER IKKE REGLERNE

Bonkammerat

Relationsarbejdet er en essentiel del af vores arbejde i retspsykiatrien. Med rehabilitering som formål, kan der indgå cafeture, filmaften eller en svedig badmintonkamp, hvor brugen af din personlige talenter kommer i spil i forening med din faglighed. Det er alt sammen fint. Faldgruben "bonkammerat" bliver relevant, når den formelle relation bliver udvisket (venner på Facebook osv.). Eller når vi tillader hemmeligheder med vore patienter, eller på anden vis tildeler patienter særlige privilegier, som ligger uden for vores normale beslutningsområde. Personalet fandt på temadagen at denne faldgrube bedst kan håndteres med følgende *Anke* for arbejdet med patienterne:

VI ER LIGEVÆRDIGE I RELATIONEN MEN IKKE SYMMETRISKE

Privat orientering

Faldgruben Privat orientering er oftest i spil omkring f.eks. mad og måltider, oprydning, opdragelse, misbrug eller kriminalitet. Et eksempel kunne være en personalekommentar: "Hvis det var min teenagesøn, så havde han aldrig fået lov til..." Vi skal huske, at patienterne kan være vokset op under andre vilkår og derfor har en anderledes forståelse af normal opførsel. Et andet eksempel på privat orientering kan være i forbindelse med sædelighedsforbrydelser, hvor vi skal være opmærksomme på ikke at udøve selvjustits og dømme denne type kriminalitet hårdere end man fx vil dømme drab. Afsky er en naturlig negativ følelse, derfor er det vigtigt, at følelser og holdninger italesættes i relevante fora og ikke bliver dominerende i relationsarbejdet med patienterne. Behandlingen må ikke bero på privat orientering, fx i forbindelse med holdninger til misbrug. Her skal man følge de af afdelingen udlagte retningslinjer. Det er vigtigt, at vi i vores kulturelle grundlag taler meget om den private orientering, da vores erfaring er, at den oftest kan være med til at skabe splid mellem kollegaer i forbindelse med opgaveløsning. Personalet fandt på temadagen at faldgruben, *Privat orientering*, kan håndteres med følgende *Anker*:

VI MISTER IKKE NOGET VED AT LYTTE TIL HINANDEN

Bange

I retspsykiatrien arbejder vi med mennesker med forhøjet voldspotentiale. En række sikkerhedsmæssige overvejelser hjælper med at sikre et grundlag, hvor vi trygt kan arbejde med patienten. Faldgruben "Bange" handler om de situationer, hvor vores faglige - og sunde - bekymring skrider til egentlig frygt, som kan spille ind i relationsarbejdet. Som bolværk mod denne faldgrube tænker vi i SL8 følgende *Anker*:

VI TALER SAMMEN OG FINDER FÆLLES LØSNINGER

Sexobjekt

Faldgruben *Sexobjekt* henviser til situationer, hvor patienten bliver nærgående med seksuelle undertoner. Seksualitet er naturligt og udlevelse af seksuelle behov kan være udfordret under en indlæggelse. Vi kan ikke forhindre, at fantasier hos vore patienter fortrænger billedet af vores professionelle rolle. Vi stopper imidlertid ethvert forsøg på at omsætte fantasier til direkte eller indirekte seksualiserende adfærd, der involverer personalet. Kække bemærkninger, unødigt berøring, drilagtige træk i hestehaler, pust i nakke osv. er alle tegn på grænseløshed, som vi skal reagere på. Med utvetydig og klar besked stopper vi adfærden, og beskeden behøver ikke følges op med opblødende forklaringer. Gentagende krænkelse medfører skærmning af patienten og om nødvendigt en politianmeldelse. Insisterende seksualiserende adfærd stoppes med tryk på alarmen. Oplever vi en kollega udsat for seksualiserende adfærd, hjælper vi med at bremse i situationen, mens grænsetilfælde tages op med kollegaen ved førstkommende lejlighed. Vi har sammen fundet, at udfordringen med seksualiserende adfærd håndteres bedst med følgende *Anker*:

TYDELIGE GRÆNSER ER VORES ANSVAR

Benyt værktøjerne

Husk at *Relationelle Faldgruber* blot er der, hvor vi præsterer under vores normale faglige kompetenceniveau! Vi opfordrer til, at man i samtaler omkring arbejdskultur eller behandlingsopgaver, medbringer den grafiske version af værdigrundlaget og bruger den som udgangspunkt for en åben og konstruktiv dialog, hvis en patientrelateret opgave pludselig opleves svær. Alle kan havne i faldgruberne mange gange gennem arbejdet og det er derfor vigtigt, at vi via et fælles sprog kan drøfte de relationelle udfordringer, vores psykiatriske arbejde indeholder.

OS behandlingsstruktur

Vi stræber mod Psykomestring

Retspsykiatri handler om at modarbejde tilbagefald i ligeartet kriminalitet. Dette mål er et negativt defineret og rundet af samfundsperspektivet og derfor ikke optimal for samarbejde med patienterne om udvikling. Positivt formuleret bliver målet *Rehabilitering* (se *Triaden side. 5*). I patientperspektivet handler rehabilitering om at opnå den tilstrækkelige grad af mestring, der kræves for at modarbejde tilbagefald i ligeartet kriminalitet. I OpgaveStyret retspsykiatri arbejder vi derfor med et nyt begreb, "Psykomestring".

Psykomestring i psykiatrisk regi udgør den samlede evne hos patienten til at forstå, bremse og kompensere for de negative effekter, som psykisk sygdom og lidelse har bidraget med. (Skadhede 2014)

Der er altså ikke tale om mestring af tilværelsen, men fokus på den del, som omhandler patientens evne til at håndtere sin psykiske lidelse. Graden af psykomestring hos patienten kan forstås som produktet af vores samlede tiltag i behandlingen – den medicinske såvel som den miljøterapeutiske indsats.

Fasetænkningen

Rejsen mod rehabilitering og opbygning af patientens psykomestring starter fra 1. dag i behandlingen. Vi tilstræber en individuel tilgang til patienten gennem 3 overordnede faser i behandlingsforløbet.



De 3 behandlingsfaser henter inspiration fra en aristotelisk tilgang til den enkleste udgave af en fortælling (her behandlingsforløbet) med 3 distinkte afsnit; En Start, en Midte og en Slutning, som skaber overskuelighed for patienten (hvor langt er jeg kommet, og hvad er andres forventninger til mig?) og hjælper behandlerteamet med at fokusere på det relevante og hermed sikre et forventningsafstemt, effektivt og omsorgsfuld behandlingsforløb.

Omsat til OpgaveStyret behandlingstilgang bliver fortællingen om Det Gode patientforløb (det som øger mestring og modvirker tilbagefald i kriminalitet) en struktureret tilgang, hvor vi først sætter os grundigt ind i, hvilke opgaver der skal løses. Hvilken form for kriminalitet risikerer vi gentaget og under hvilke betingelser? Hvad er den psykiske problematik, og hvilke psykiske resurser står til rådighed hos patienten? Behovet for at sætte sig ordentlig ind i opgaven er beskrevet af filosofen Søren Kierkegaard:

"At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er og begynde der. Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst."

Kierkegaard, "Brudstykker af en ligefrem Meddelelse " (1895)

Fase A – ASSESSMENT *(Dataindsamling og analyse)*

Starten på et relevant og effektivt behandlingsforløb er en ordentlig opgaveforståelse: I Assessmentfasen lærer vi patienten at kende, både gennem overleveret materiale, gennem samtale og observationer i afsnittet. Vi genererer hypoteser og bestræber os på at opnå enighed med patienten om, hvilke opgaver der skal løses i rehabiliteringsforløbet – alt med henblik på, at patientens psykomestring øges og risiko for tilbagefald hermed reduceres. Der udarbejdes scenarier vedrørende voldsrisici, og dataindsamlingen kan kompletteres gennem psykologfaglige, ergo- og fysioterapeutiske værktøjer, der afdækker patientens funktionsniveau på forskellig vis.

Fase B – BASIS *(Stabilisering og rehabilitering)*

Her arbejdes på at bibringe patienten sygdomsforståelse, sygdomsindsigt og håndteringsstrategier gennem psykoedukative, terapeutiske og pædagogiske tiltag. Der arbejdes med at opbygge compliance omkring den medicinske behandling, og gennem livshistoriefortælling arbejdes der på at belyse positive livsoplevelser og slumrende resurser, som kan hjælpe patienten til at kompensere for sygdommens indvirkningen på kompetencer og selvværd.

Graden af enighed med patienten omkring konkrete behandlingsmål - ligesom graden af opnået Psykomestring og compliance - er almindeligvis afgørende for, hvornår overlægen anbefaler en domsændring (se samarbejdsalliance s. 15).

Vi har erfaret, at overgangen fra A-dom til B-dom i sig selv kan udløse en krise hos patienten pga. utålmodighed. Afsnittet fastholder derfor ofte Status Quo umiddelbart efter domsændring i en periode med fortsat fokus på stabilisering. Når der er styr på de væsentligste problemstillinger – og samfundets Retsfølelse ikke længere er udfordret – skal der arbejdes mod en ordentlig afslutning af forløbet.

Fase C – CLOSURE *(Udslusning og afslutning)*

I Closurefasen arbejdes der med graden af ansvar for egen videre behandling, ligesom der arbejdes med overgangen til et nyt netværk for patienten. Dette foregår gennem relevant dokumentation til de aktører, der overtager kontakten til patienten; bostedet, kommunen, distriktspsykiatrien,

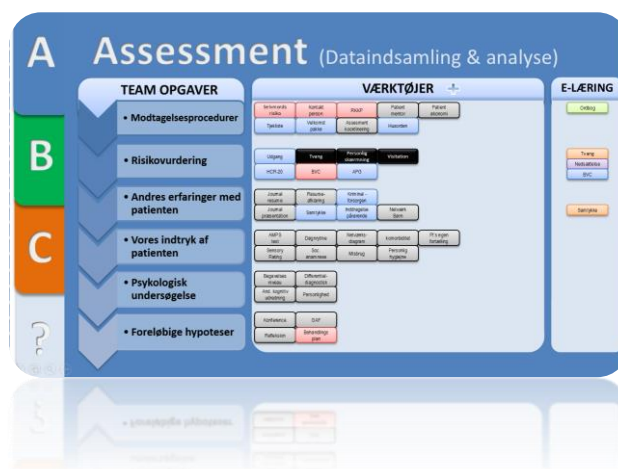
kriminalforsorgen m.fl. Behandlingsforløbet på SL8 slutter med en efterevaluering af patientforløbet og hermed læring for afsnit, team og personale.

Koordinering af opgaver

Hvornår patienten overgår fra en fase til en anden aftales på tværfaglig konference, hvor patienten medvirker. Tovholder for Closure-fasen er vores socialrådgiver. Det er værd at nævne, at det ikke er sådan at socialrådgiveren først bliver involveret i denne fase. Tværtimod kan der allerede i Assessmentfasen være socialrådgiveropgaver der sættes i gang med senere henblik på fase C. Den indledende fase er netop kendetegnet ved at der arbejdes tværfagligt med problembestemmelsen, og derfor er det vigtigt med en koordineret indsats og start på assessment-koordineringsmøde hurtigst muligt når patienten er ankommet til afsnittet – typisk inden for en uge på førstkommende konference. Det enkelte team - med KP som tovholder - samler den umiddelbart tilgængelige viden til brug på konference, hvor de første opgaver identificeres så dataindsamling iværksættes.

Værktøjskassen

Til overblik over tværfaglige værktøjer, vi har til rådighed i behandlingsforløbet, har vi i OS udviklet en IT-baseret værktøjskasse. OS-Værktøjskassen er tilgængelig fra alle PC-arbejdsstationer i afsnittet og fungerer som genvej til den regionale instruksamling. Fra forsiden har du adgang til liste over seneste beslutninger betydende for dig, når du skal i gang med en vagt efter ferie eller fridage. Den resterende del af indholdet kan bringes op på storskærm til inspiration f.eks. under konference, ligesom den kan benyttes til at præsentere data (f.eks. omkring Misbrug- og BVC-mønstre) – ikke mindst for patienten, hvis det er hensigtsmæssigt.



Den del af værktøjskassen som omhandler generelle ting - inklusiv regionen instrukser, som vi handler på baggrund af - kan downloades fra Internettet af patienter, pårørende og andre interesserede og sikrer en transparent gengivelse af arbejdskulturen. Personfølsomme oplysninger indsamlet til brug for præsentation til patienten under konference (statistikker over BVC misbrugsgrafer) hentes ind fra moduler der ligger i Teamsite, hvor sikkerheden er godkendt til personfølsomme data.

OS-Værktøjskassen ligger på fællesdrevet³ Du kan trække genvejen til OS-værktøjskassen ud på skrivebordet på de pc-skærme, du arbejder mest ved. Værktøjskassen opdateres løbende uden du behøver ændre noget, og det samme er gældende når indholdet ændres i regionens instruksamling. PC- Værktøjskassen er først og fremmest tænkt som en brugervenlig (og tidssparrende) indgang til

³ Følg stien fra skrivebordet: Computer/ PSYRETSPSYKIATRISKAFDNYKOEINGSJ_DATA/Afsnit/SL8/ OS værktøjskassen og træk genvejsikonet ud på dit skrivebord. Læser du lige nu en pdf kan du blot klikke på billedet af PC'en

relevante instruksbeskrivelser i Regionens D4-samlingen, som stadig er referencen. Den er bredere end OS-værktøjskassen, og det er dit ansvar at holde dig orienteret om alle relevante instrukser for dit arbejde på SL8. Har du tilføjelser til OS-værktøjskassen, går du blot til vores sekretær, som indsamler forslag til næste opdatering.

Samarbejde med patienter

Farvel til ordet resocialisering – Vi rehabiliterer ...

Personalet har under indlæggelse ansvaret for at sætte rammen for kommunikationen med patienten, og ordet *Resocialisering* - med den ude-inde-forståelse - vedligeholder og forstærker på uhensigtsmæssig måde grænsedragning mellem patient og personale.

Vi er alle en del af samfundet. Det kan hverken psykisk sygdom eller afledt kriminalitet ændre ved. Kerneydelsen i behandlingsforløbet er *Rehabilitering* af patienten. Først en *indre rehabiliteringsproces* under indlæggelse på hospitalet i arbejdet med at få styr på konsekvenserne af sygdommen, senere en *ekstern rehabiliteringsproces* med genetablering af kontakten til samfundets i øvrigt.

Vi er grundlæggende ligeværdige, selvom rollerne er asymmetriske i afsnittet. Der arbejdes løbende på at skabe den ramme og de betingelser, der skal til, for at behandlingsforløbet kan opleves som en form for uddannelse og mindre som en straf. Er det muligt at benytte demokratiske spilleregler i afsnittet fungerer personalet adfærd som rollemodel.

OS – samarbejdsalliancen

I Assesmentfasen hviler det indledende samarbejde på den lovsikrede rettighed om informeret samtykke og den grad af samarbejde og deltagelse som patienten kan og vil mønstre.

Der arbejdes herefter løbende i alle faser af behandlingsforløbet på at omsætte *opgave*-tilgangen til noget som skaber relevans for patienten. Når det lykkes og patienten bliver motiveret for at stræbe mod mestring, som baner vejen mod domsændring og udskrivelse, finder samarbejdet et nyt niveau, hvor tilliden bliver bærende i relationen og skepsis mindre. Vi opererer derfor – uafhængigt af faserne – med 3 grader af samarbejdsalliance, som kan hjælpe med at forventningsafstemme kommunikationen patient og personale imellem.

Kategori 1 – 1 stjernet samarbejde

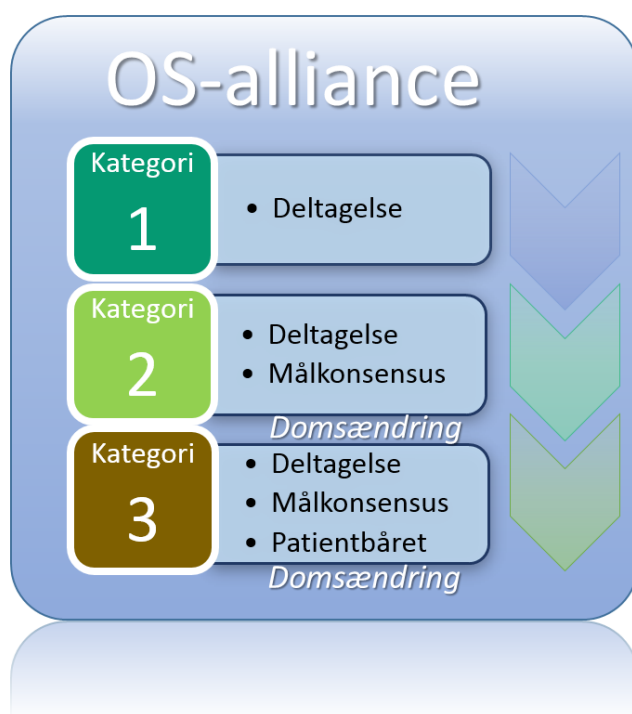
I alle faser af behandlingen er det målet at få patienten til at deltage i afsnittets aktiviteter. Det betyder ikke nødvendigvis, at der i de indledende faser er enighed med patienten omkring, hvilke opgave det er nødvendigt at løse, for på sigt at lempe den retslige foranstaltning. Vi taler her således om *Kategori 1 -alliance* – det mest basale niveau for samarbejde. Vi kan italesætte dette over for patienten som "et-stjernet samarbejde", som er OK og acceptabelt, men næppe nok til for alvor at bane vejen for en domsændring.

Har samarbejdet med patienten svært ved at løfte sig fra dette basale niveau bør det overvejes, om vi kan sætte ind med yderligere assesment. Der må være grunde til, at patienten ikke er interesseret i at samarbejde i retningen af domsændring. Tillid og kontrol er et umage par at få til at gå hånd i hånd,

men vejen går oftest via klare aftaler, som overholdes af begge parter. Skal vi have Værdigrundlaget (Labyrintspillet) frem, for at få nye ideer?

Kommer patienten på konfliktkurs med loven eller andres patienters rettigheder i afsnittet tydeliggøres afsnittets sanktionsmuligheder samt måder at undgå sanktionerne på. Den OS-manual, som den du sidder med lige nu, kan evt. indgå som håndgribelig støtte i din dialog med patienten, som er på afveje. Er patienten i situationen lidt opkørt og ikke lydhør for argumenter – og er situationen samtidig ikke noget som påvirker andre patienter negativt - bør vi normalt trække os og formidle tingene senere, når der atter er mulighed for kommunikation. Tilsidesætter pt. gentagende gange spillereglerne for ordentlig adfærd i afsnittet, vurderes det, hvordan patienten bør skærmes.

SAMARBEJDE



OS-samarbejdsalliancen samt markeringen af nødvendige fælles definerede mål som forudsætning for at samarbejdet har retning mod domsændring.

Kategori 2 – 2 stjernet samarbejde

Er vi lykkedes med at skabe tillid, og er patientens psykiske habitus kommet dertil, hvor behandlerteamet opleves som mere end blot en samfundsmæssig kontrolfunktion, kan der arbejdes med at skabe enighed om de problematikker der skal tages hånd om, for at domændring kommer nærmere. Patienten har måske deltaget i psykoedukation, og der er vagt en spirende nysgerrighed omkring at forstå sin psykiske lidelse.

Vi taler nu om *kategori 2 alliancen*. Vurderingen om samarbejdsalliancen foretages på tværfaglig konference, og sontringen er tænkt som et forventningsafstemmende værktøj, som kan hjælpe med at løfte samtalerne fra en skeptisk tilgang til en mere tillidsbaseret tilgang, ligesom den kan give patienten et tydeligt praj om, at behandlingen går fremad.

Kategori 3 – 3 stjernet samarbejde

Endelig kan der være de sjældnere forløb, hvor patienter har indfriet behandlingskravet helt og holdent, men stadig må være indlagt alene af hensyn til Retsfølelse⁴. I denne del af behandlingsforløbet arbejdes der fortsat mod en stadig større grad af autonomi, og kunne en rolle som mentor eller tutor for andre patienter give mening, må det overvejes.

Samarbejdsbrikken

Med kognitive udfordringer kan patienter have svært ved at overskue den enkelte opgaves betydning for helheden i behandlingsforløbet, ligesom patienter kan have svært ved at huske konkrete indgåede aftaler. Som en hjælp til disse patienter har vi i OS udviklet *Samarbejdsbrikken*. Den tager udgangspunkt i puslespilmetaforen⁵ og er designet til at hjælpe patienter med meget konkret at se, hvordan delmål hænger sammen med andre overordnede mål med behandlingen. En dokumenteret historik af brikkæder (tidligere løst i samarbejde med personalet) kan på anerkendende vis hjælpe til at bringe samarbejdet tilbage på rette spor, hvis det løber ind i vanskeligheder.



Samarbejdsbrikken finder du i appendiksafsnittet. OS-værktøjer må distribueres og modificeres under en Creative Commons Navngivelse-DelpåSammeVilkår 4.0 Internationallicens.

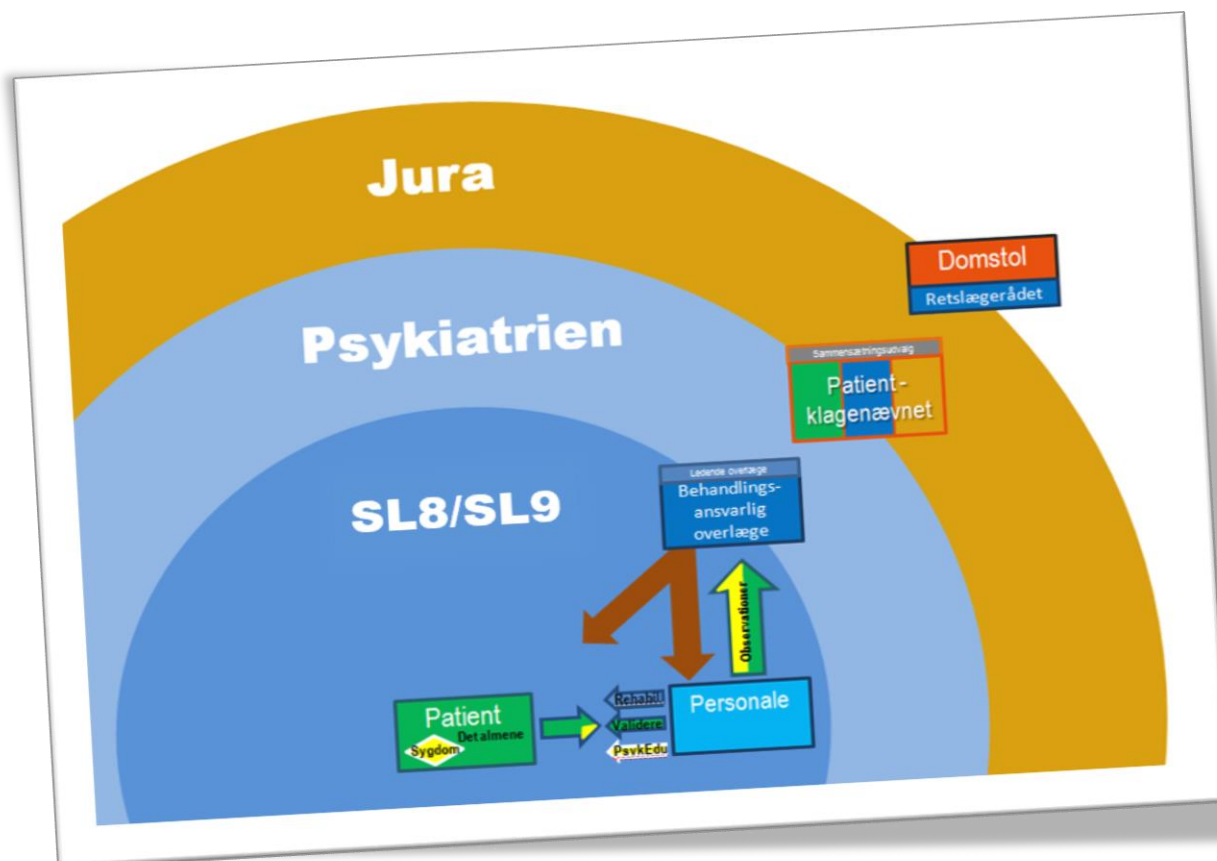
Personalets gennemgående rolle som vejleder

I en leg med bogstaver kunne OS i denne forbindelse stå for Oplysning om Samfundet: Vi kan ikke automatisk gå ud fra, at patienternes referencepunkter svarer til vore egne. Svigt i barndommen, erfaringer med ophold i fængsel, osv. kan have afgørende betydning for, hvordan patienterne oplever samarbejdet med personalet. Gennem OpgaveStyret tilgang forsøger vi at afhjælpe dilemmaet mellem rollen som behandler (støttende) og rollen som myndighedsperson (kravstillende) – med en ekstra 3. rolle som *vejleder*. I denne rolle formidler vi samfundsmæssige forhold. Vi formidler, hvad der tjener

⁴ Skadeslidte eller deres pårørende oplever retfærdighedssans krænket, fordi skadevolder for tidligt er tilbage i nærmiljøet, hvor kriminaliteten blev begået. En kriminel handling begået i psykotisk tilstand vil derfor ofte give udslag i en tidsbestemt dom svarende til udmåling i Straffesystemet - også selv om patienten reelt er velbehandlet inden da.

⁵ Puslespil er en velkendt aktivitet i fællesmiljøet

patienten bedst under de vilkår, som er gældende - ikke mindst vedrørende at leve en periode af sit liv med en retslig foranstaltning - ligesom vi vejleder om rettigheder og klagemuligheder. Til støtte for denne dialog råder personalet over "Visuelle Guidelines" (se appendiksafsnittet) som f.eks. beskriver den oftest hurtigste vej mod domsændring og rehabilitering. Andre visuelle guidelines kan hjælpe med skabe overblik over eksterne instanser – herunder klagemuligheder m.m.



Eksempel på "Visuel guideline" her vedr. personalets vejlederrolle i OS

Alle grafiske guidelines finder du i appendiks, samt i lamineret form i reolen midterst i Dueslaget på SL8

OS planlægningsfora

I en OpgaveStyret arbejdskultur sikrer gennemsigtighed sammenhæng mellem identificerede opgaver og konkret handling, og i SL8 skal der være stringens mellem konferencebeslutninger, behandlingsplan, plejeplan, observationer og dag til dagnotater, indtil en status igen lægger op til konference. Vi arbejder på, at patienten får indflydelse på sin behandling i det omfang han/hun kan rumme det, og der arbejdes på at gøre deltagelse i beslutningsfora så tryk, at patienten ønsker at deltage i konference og patientmøder og oplever reel medbestemmelse.

Herudover sikrer OS fora for personalet, hvor gode ideer kan spirer frem (Bottom Up), så dagligdagen opleves meningsfuld, koordineret og fagligt begrundet. De væsentligste fora er *Konference*, *Refleksion*, og faglige *Klinikker*

Konference

(Ansvarlig for opdatering Anni Stanislaw Larsen aslr@regionsjaelland.dk)



Der afholdes patient konference i SL8 hver mandag i tidsrummet mellem **kl. 09.30 og 11.00**.

OBS: er der en ny patient indlagt i løbet af ugen, mødes vi dog kl. 9:15 til *Assessment-koordinering* inden dagens konference.

Hvem deltager i konferencen?

Foruden patienten, overlægen og 1-2 sundhedsfaglige kontaktpersoner kan en repræsentant fra hver af følgende faggruppe deltage: socialrådgiver, psykolog, ergoterapeut, pædagog, fysioterapeut, musikterapeut, tovholder samt leder af afsnittet. Herudover er patienten velkommen til at invitere en pårørende eller sin bistandsværg/advokat til at deltage.

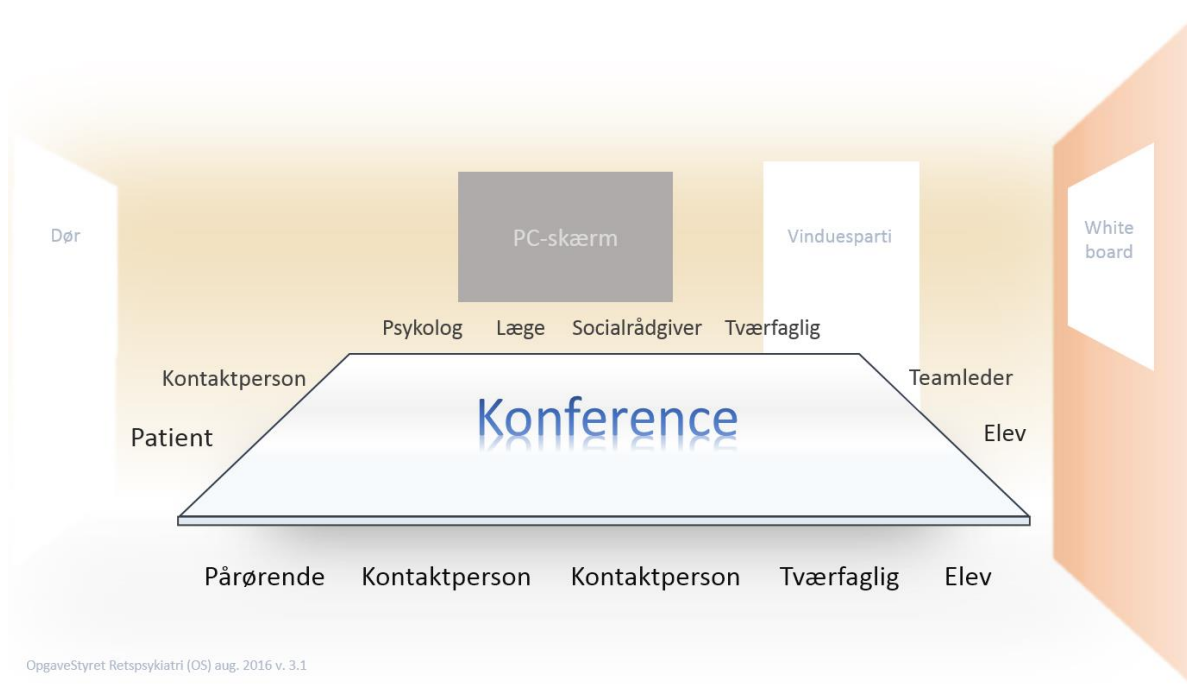
Formål med konferencen:

- At skabe overblik over patientens helhedssituation og skabe struktur på behandlingsforløbet
- At patientens behov vurderes og imødegås tværfagligt og herved sikre den bedst mulige opfølgning.
- At koordinere nye tiltag
- At patienten inddrages i eget behandlingsforløb og bliver tryk ved beslutningsprocessen.

Det er vigtigt at patienten deltager for at skabe medinddragelse og kontinuitet i plejen. (Brugerstyret psykiatri). Patienten kan således føle sig informeret, taget alvorlig, og kan gå fra konferencen med en følelse af at intet er "hemmeligholdt" Dette skaber tryk i relationsarbejdet med patienten.

De fysiske rammer

Konferencen afholdes i afsnittets dagligstue. Vi sidder om bordet, efter følgende skitse:



Patienten er hovedperson og placeres for bordenden ved siden af sin kontaktperson og tæt ved udgangen, hvilket kan bidrage til tryghed. Patienten kan evt. have en pårørende på sin anden side. Lægen er placeret skråt for patienten, da der kan være situationer hvor grænser, regler osv. må ridses op, hvilket kan være ubehageligt at have for tæt på.

Socialrådgiver, afsnitsleder, evt. anden tværfaglig medarbejder samt elever sidder ved den anden halvdel af bordet.

Konferencens struktur

- **Forberedelse**

Til brug på tværfaglig konference udarbejder⁶/reviderer kontaktteamet "Det skal du vide om din patient" Primær KP har ansvar for listen, men hele teamet er ansvarlig for at indsamle data. Husk rettidighed.

Det skal du vide om din patient: - Tjekliste til informationer, du som kontaktperson skal have styr på til konferencer på omkring din patient, når patienten er i fase-A og efterfølgende faser.

1. Diagnose og evt. bi diagnoser.
2. Hvilke kriminalitet ligger til grund for dommen, samt type af retslig foranstaltning.
3. Evt. tvangsforanstaltninger, før – under - efter.

⁶ Skabelonen finder du her: <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner.%20Veiledninger%20og%20Checkliste/Det-skal-du-vide-om-din-patient/Det%20skal%20du%20vide%20om%20din%20patient.docx>

4. Formål med indlæggelse.
5. OS-fase + samarbejdsalliance
6. HCR20 konklusion (findes i Opus og i helhed i FICS)
7. Konklusioner f.eks. fra psykologiske undersøgelser / Læge/ Ergo, (findes i opus under scannet journalmateriale).
8. Netværk privat: familie, venner osv. (fakta og kvaliteten af relationen)
9. Netværk professionelt: bistandsværge, botilbud, socialrådgiver osv.
10. Status på tværfaglig behandling og formål. F.eks. fysioterapeut, Musikterapeut, psykolog, CSU undervisning osv.
11. BVC, hvad udløser score?, hvad er tendensen? Grafer til konf. i samarbejde med Udviklingssygepl. og psykolog.
12. Misbrugsstatus, Grafer til konf. i samarbejde med Udviklingssygepl. og psykolog
13. Status på psykoedukation.
14. Status på Urin og blodprøver.
15. Patientens økonomiske forhold.
16. Boligstatus.
17. Status på plejeplaner, og fremadrettet behandling, evt. nye tiltag.
18. Status på den medicinske behandling.
19. Opdateret Status "2STA".
20. Ugeskema (mængden af aktiviteter og fordelingen af disse).
21. Status på lovmæssigheder, f.eks. hvornår er næste retsmøde.
22. Hvilke gæster deltager i konferencen.
23. Kram faktorer.
24. GAF
25. RKKP.
26. APG.
27. Forhåndstilkendegivelser.
28. Samtykkeerklæringer.
29. Udgang.
30. Retspsykiatrisk opsøgende team (hvis det er relevant).
31. Patientens ønsker.

Kontaktpersonen taler (evt. dagen før konf.) med patient om ønsker til ændringer eller tilføjelser til behandlings-, pleje- og ugeplan – evt. med noter som kan medbringes på konferencen til gavn for begge. Patienten informeres om, hvilke faggrupper der kan deltage, og i samråd med kontaktpersonen vurderer patienten, hvor mange deltagere han/hun vil kunne rumme på selve konferencen, og om patienten selv ønsker at deltage. Behovet og formålet med den enkelte faggruppes deltagelse (eller ikke), drøftes og begrundes af begge parter.

- **Formøde** i ca. 30 min. uden patientdeltagelse.

Kopi af patientens behandlingsplan, status, plejeplan og uge skema medbringes Formødet indledes med værktøjet "Det skal du vide om din patient", som opridser patientens situation. Hertil kommer Status - hvad er der sket siden sidst? Aktuelle problemstillinger samt mulige behandlingstiltag drøftes, ligesom der tages stilling til hvilke positive aspekter (ros) vi ønsker at lægge ud med, samt hvilken rækkefølge vi byder ind.

- **Selve konferencen** i ca. 30 – 45 min. med patientdeltagelse og evt. pårørende eller bisidder.

Vi følger nedenstående dagsorden:

1. Kontaktperson byder velkommen og lægger ud med positiv feedback til patienten.
2. Patientens udsagn.
3. Fælles tværfaglig refleksion over problematikker med udgangspunkt i behandlingsfasen og relevante tiltag.
4. Der afsluttes med opsamling. Her medtænkes behandlingsplan, status, plejeplan samt ugeskema

- **Eftermøde/refleksion** i ca. 15 min. uden patientdeltagelse og evt. pårørende.

Personalet får mulighed for at drøfte aktuelle situation, nu også set ud fra patientens synspunkt, og hvordan vi fagligt bedst kan hjælpe/afhjælpe evt. problemstillinger affødt af de nye aftaler.

Konfirmering af behandlingstiltag og vurdering af samarbejdsalliancen

- **Opfølgning på konferencen** mellem patient og kontaktperson.

Her får patienten mulighed for spørgsmålsoptælling, og vil blive informeret fyldestgørende om nye behandlingstiltag og igangsætning af disse. Patienten vil få udleveret kopi af fornyet behandlingsplan, plejeplan, ugeplan, og evt. efter ønske en medicinliste.

Frekvens og valg af patient til konference

Der er ugentlige konferencer på SL8, mens den enkelte patient naturligvis kommer på med længere interval. Planlægning vil ske i god tid efter behov/tur og i samråd mellem tovholder og tjenesteplanlæggere. Er der kommet en ny patient i afsnittet i løbet af ugen, kommer vedkommende på (dog af tidsnød uden deltagelse) umiddelbart op til konference formødet. Som udgangspunkt vil en ny patient selv kunne deltage på konference inden 2 mdr., men ikke før, da alle skal kunne forberede sig i god tid. I stuegangsmappen findes konferenceliste med dato og navn.

Kommunikationsform

Måden vi taler med hinanden på under konferencen er afgørende for, om vi kan opnå forståelse og enighed om tiltag der skaber udvikling i behandlingsforløbet:

- Alle faggrupper tilstræber at tale et almindeligt dansk, så der ikke opstår misforståelser hos patienten pga. for meget fagjargon. Patienten kan have svært ved at bede om en forklaring.
- Vi tilstræber at bevare en seriøs og venlig omgangstone uden brug af ironi samt begrænset brug af humor, da mange patienter har vanskeligt ved at forstå dette og dermed let kan fejlfortolke det sagte. Er det patienten som lægger ud med en humoristisk tone, er det som oftest OK at følge med og så vende tilbage til en seriøs tone
- Svære emner bringes i fokus på konstruktiv faglig måde ved at stille direkte spørgsmål og hermed undgå tolkning.
- Der tilstræbes en åben dialog og hermed ingen skjult dagsorden.
- En ordstyrer kan hjælpe hvis det bliver svært at tale en ad gangen.

Opgavefordeling

Bestilling af laboratorieprøver.	Lægeligt ansvar. Kan uddelegeres til kontaktperson.
Behandlingsplaner.	Lægeligt ansvar, Kontaktperson kan deltage.
Udlevering af behandlingsplan og registrering af dette.	Faste kontaktpersoner. Evt. dag kontaktperson.
Udarbejde plejeplaner.	Faste kontaktpersoner, eller ved akut opstået behov af dag kontaktperson.
Udarbejde status.	Faste kontaktpersoner.
Udarbejde uge skema.	Faste kontaktpersoner.
Udfylde/ajourføre samtykke.	Faste kontaktpersoner eller dag kontaktperson i samarbejde med afdelingens sekretær.
Børneskema.	Faste kontaktpersoner.
Tilbyde patienten psykoedukation.	Læge og faste kontaktpersoner, samt personale ansvarlig for psykoedukation.
Referent.	Læge. (2konf notat) Sekretær renskriver.

Stuegang

(Ansvarlig for opdatering Anni Stanislaw Larsen aslr@regionsjaelland.dk)

Stuegang er et koordinerings og planlægningsforum og afholdes to gange om ugen:

Mandage kl. 11.00 – 12.00 og torsdage kl. 09.30 – 10.30 i samtalerum 4.1A 4.0 N43

Stuegangen vil begge dage være tværfaglig og bestå af læge, socialrådgiver, tovholder/social og sundhedsassistent, sekretær samt evt. teamleder/sygeplejerske.

For begge dage gælder det, at de enkelte problematikker påført stuegangsmappen vil blive drøftet og vurderet. Efterfølgende vil læge samt dagens kontaktperson ved behov tage en samtale med den enkelte patient.

Denne samtale vil finde sted i samtalerummet væk fra slusen. Under samtalen vil begge døre være ulåst men lukket. Patienten placeres ved døren nærmest udgangen, læge nærmest døren til dueslaget

og kontaktperson i midten med ryggen mod glasvæggen, hvor gardinerne vil være trukket for. Læge og kontaktperson vil have mulighed for at tale sammen forinden.

Ved ikke akutte problematikker kan der evt. aftales en senere dato og tid, (mandag eller torsdag) således at også fast kontaktperson kan inddrages. Socialrådgiver kan medvirke ved behov.

Det er vigtigt at faste kontaktpersoner laver aftaler med patienterne, således at deres ønsker, behov og problemer bliver påført stuegangsmappen, samt at ansøgninger om udgang kun tilgår denne på planlagte stuegangsdage. Ved ikke akutte ting er det af stor betydning, at patientens kontaktteam har talt sammen/informeret hinanden og har en fælles holdning til patientens problematikker inden dette noteres i stuegangsmappen. Akutte opstået ting vil dog altid kunne vurderes af vagtlæge.

OS-klinik (beslutningsdygtigt fagligt forum)

(Ansvarlig for opdatering: Mathilde Juul Kristensen mjkr@regionsjaelland.dk)

Klinik på SL8 er der hvor vi tager bredere faglige ting op til drøftelse. Den OpgaveStyrede tilgang er født i respekt for evidensbaseret viden og praktisk kendskab til lokale forhold. Spørgsmål som er rejst ud af praksis – måske delt og skærpet på refleksion – kan nå en modenhed, hvor det egner sig til drøftelse i et beslutningsdygtigt forum.

Klinik er et forum for alle med faglig tilknytning til arbejdet med patienterne på SL8. Dvs. afdelingsledelse såvel som elever og studerende. Kliniksekretærens opgave er at indkalde og prioritere de emner der tages op i klinik, ligesom kliniksekretæren tilrettelægger klinikken, så emnerne får den fornødne tid. Kliniksekretæren sørger for at beslutninger, som må omkring afdelingssygeplejersken, kommer det.

Klinikken er der hvor det faglige perspektiv skærpes, og ønsker du at tage del i de faglige beslutninger på SL8, skal du prioritere fremmøde. For de som er forhindret i at deltage forsøger vi at råde bod med et beslutningsreferat – evt. vedlægge infomateriale eller faglige input benyttet under debatten – som sendes ud den følgende uge. Klinikreferaterne fungerer således som klinikhistorik og i sidste ende input til den OS-manual, du sidder med lige nu.

OS Hverdagsstruktur

OS-døgnet – Kontinuitet og opgaver

(Ansvarlig for opdatering) Mathilde Juul Kristensen mjkr@regionsjaelland.dk

Forberedelse til dagvagt:

- Dagens kontaktpersoner sørger for at opdatere rapportsedlen ift. den patient, som de har været kontaktperson for i løbet af vagten. Arbejdsdokumentet udfyldes på PC og findes her:
 - <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner,%20Vejledninger%20og%20Checkliste/Rapportgivning/Rapportgivning.docx>
 - Skemaet udfyldes på PC så den kan hentes frem på en bærbar på bordet ved taktik-tavlen, hvor overleveringen finder sted.

- Nattevagten har ansvaret for at skemaet giver mening for en mundtlig overlevering i vagtskiftet. Ellers indhenter nattevagt informationer via Opus.
- Rapportgiver vælger en rækkefølge i gennemgangen af patienter, hvor akutte problematikker videreformidles først (eks. højeste BVC-score). Den røde tråd for patientens sidste 24 timer og kommende døgn bygges op omkring relevante punkter i skemaets prioriterede rækkefølge, og bør være objektiv, præcis og kortfattet. (En mere udførlig guide til enkelte elementer i rapporten findes i arbejdsdokumentet).
- Oprydning i Dueslaget.
 - Ansvar var egen oprydning. Brugt service stille ud på rullebordet.

Dagvagten:

- 7:00-7:15 Nattevagtens rapport for seneste døgn og opgavefordeling (Ved taktiktavlen med bærbar PC)
 - Medicinudleveringen og andre henvendelser som ikke er akutte skal så vidt muligt undgås i tidsrummet 7:00-7:15
 - Atriumgården aflåses.
 - En udpeget elev/studerende tager sig af insisterende kontaktsøgende patienter ved døren.
 - Opgavefordeling tager udgangspunkt i skemaet på teamsites:
 - <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner,%20Vejledninger%20og%20Checkliste/Arbejdsfordeling/Arbejdsfordeling1.docx>
 - Rapport og opgavefordelingen skal foregår uden for mange afbrydelse. Afklarende spørgsmål og svar eller yderligere information for opgaveløsning tager ved runden "venstre rundt".
- 7:45 Vækning af patienter og klargøring af morgenmad
- Morgenmad 8.00-8:45 (patienter sørger for sig selv)
- 8:00-8.15 Opgavefordeling og rapport fra seneste døgn af 7-vagten (Ved taktiktavlen med bærbar PC)
 - Medicinudleveringen og andre ikke akutte henvendelser skal så vidt muligt undgås i tidsrummet 8:00-8:15
 - Atriumgården aflåses.
 - En udpeget elev/studerende tager sig af insisterende kontaktsøgende patienter ved døren.
 - Opgavefordeling tager udgangspunkt i skemaet på teamsites:
 - <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner,%20Vejledninger%20og%20Checkliste/Arbejdsfordeling/Arbejdsfordeling1.docx>
 - Rapport og opgavefordelingen skal foregår uden for mange afbrydelse. Afklarende spørgsmål og svar eller yderligere information for opgaveløsning tager ved runden "venstre rundt".
- 8.15-9.00 Planlægning af de enkelte plejeforløb

- Den enkelte kontaktpersoner holder sig ajour med særlige aftaler i plejeplan
 - Aftaler ud af huset
 - "Gul lap" både i Opus og Imatis
 - Dagens aktiviteter
 - Orientering i andre notater fra tværfaglig
 - Dag-til-dag-notater for seneste døgn m.m.
- 8.45 Morgenmadsansvarlig.
 - Oprydning af Morgenmad. Rullevoغن sættes i køkkenet. Indpakkede fødevarer tilbage i køleskab
- Inden kl. 9 Ajourføring af patienttavle.
 - Blå tusch for dagvagt, grøn for aften og rød for nat (Husk blokbogstaver og placer tusch med hættten pegende ned, så den ikke tørrer ud.)
- 09:00 Go' morgen SL8
 - Aktiviteten varetages af afdelingens fysioterapeut.
 - Al personale deltager således patienterne kan se det er en del af afdelingens rutiner.
 - Patienter opfordres til at deltage så meget de nu kan. Evt. sammen med deres kontaktperson. Patienter som ikke ønsker at deltage henvises til egen stue, mens aktiviteten foregår. Atriumgården aflåses.
- 11:00 Middagssamling (Informationer og dialog – "Udefra og ind")
 - Vejret, hvis usædvanlig vejrudsigt.
 - Andre aktuelle ting og nyheder for den omkringliggende verden
 - Vigtige ting fra vores eget afsnit (beslutninger eller korte faglige input "Det gør vi på SL8!", som er forklaringer/tydeliggørelse af vores behandlingskultur.
- 11:30 Fællesspisning middag.
 - Læs mere under afsnittet *Pædagogens opgaver*.
- Ca 12:00 Frokost personale.
 - Døren til dueslaget holdes åben.
- 12:30-13.00 Refleksion (Observationer, udvikling, problemer, erfaringsudveksling m.m.).
 - Atriumgården aflåses.
 - Døren til dueslaget lukkes så refleksionen kan foregå uden hyppige afbrydelser. Kontaktsøgende patienter henvises så vidt muligt til kontakt efter kl. 13.
 - En elev/studerende udpeges til at tager sig af akutte henvendelser, og gør det uden for Dueslaget – så gruppen kan fortsætte refleksionen uforstyrret.
 - Refleksion er ikke et beslutningsdygtigt forum (som Klinik er det), men en mulighed for at drøfte plejeindsatsen og få friske inputs fra kolleger. Refleksion kan også inspirere til temaer, som kan tages op på klinik (Emner kan skives på kliniklisten ved White Board tavlen).
- Ca. 14.00 Frugt og boller.
 - Husk at gemme halvdelen til natmaden.
 - Pålæg mm. står i køleskabet.

- Tøjsække
 - Må ikke overfyldes, da de ellers ikke passer i skakten.
- Seneste 14:30 Forberedelse til vagtskifte
 - Kontaktpersonen sørger for at opdatere rapportsedlen ift. den patient, som de har været kontaktperson for i løbet af vagten. Arbejdsdokumentet udfyldes på PC og findes her:
 - <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner.%20Veiledninger%20og%20Checkliste/Rapportgivning/Rapportgivning.docx>
 - Oprydning I Dueslaget.
 - Ansvar var egen oprydning. Brugt service stille ud på rullebordet.
- 15:00 Overlevering fra rapportgiver i dagvagt fra seneste døgn og opgavefordeling (Ved taktiktafven med bærbar PC)
 - Ikke akutte henvendelser skal så vidt muligt undgås i tidsrummet 15:00-15:15
 - Atriumgården aflåses.
 - En udpeget elev/studerende tager sig af insisterende kontaktsøgende patienter ved døren.
 - Opgavefordeling tager udgangspunkt i skemaet på teamsites:
 - <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner.%20Veiledninger%20og%20Checkliste/Arbejdsfordeling/Arbejdsfordeling2.docx>
 - Rapport og opgavefordelingen skal foregå uden for mange afbrydelse. Afklarende spørgsmål og svar eller yderligere information for opgaveløsning tager ved runden "venstre rundt".

Aftenvagten:

- Som ovenstående dagvagt
- Særligt for aftenvagten:
 - 17:30-18:00 Aftensmadsansvarlig og fællesspisning. Maden hentes i køkkenet.
 - Se overskriften *Madvogne*
 - Maden stilles i køkkenet.
- 16:00-21.00 Aftenaktiviteter.
 - Gennemføres for gruppen af patienter i henhold til plejeplaner, hvis der er tilstrækkelig personaleressourcer i afsnittet.
- 20:00 Natmad.
 - Resterende frugt og boller fra eftermiddagen hentes i køkkenet. Pålæg mm. står i køleskabet.
 - Oprydning sker kl. 22.00.
 - Brugt service skylles af og sættes i bakkerne med vasken i køkkenet. Opvaskemaskinen skal ikke sættes i gang.
- Senest 22:30 Forberedelse til nattevagten:

- Dagens kontaktpersoner sørger for at opdatere rapportsedlen ift. den patient, som de har været kontaktperson for i løbet af vagten. Arbejdsdokumentet udfyldes på PC og findes her:
 - <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner.%20Veiledninger%20og%20Checkliste/Rapportgivning/Rapportgivning.docx>
- Skemaet udfyldes på PC så den kan hentes frem på en bærbar på bordet ved taktik-tavlen, hvor overleveringen finder sted.
- Rapportgiver vælger en rækkefølge i gennemgangen af patienter, hvor akutte problematikker videreformidles først (eks. højeste BVC-score). Den røde tråd for patientens sidste 24 timer og kommende døgn bygges op omkring relevante punkter i skemaets prioriterede rækkefølge, og bør være objektiv, præcis og kortfattet. (En mere udførlig guide til enkelte elementer i rapporten findes i arbejdsdokumentet).
- Oprydning i Dueslaget.
 - Ansvar var egen oprydning. Brugt service stille ud på rullebordet

Nattevagten

- 23:00 Vagtskifte
 - Atriumgården låses af og forbliver aflåst indtil kl. 6.00
 - Rammerne for overleveringen sker som i dag-og aftenvagte
 - Opgavefordeling som i dag- og aftenvagte efter følgende arbejdsdokument:
 - <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner.%20Veiledninger%20og%20Checkliste/Arbejdsfordeling/Arbejdsfordeling2.docx>
 - Rapport som i dag- og aftenvagte efter følgende arbejdsdokument:
 - <http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner.%20Veiledninger%20og%20Checkliste/Rapportgivning/Rapportgivning.docx>
- Nattevagterne læser op på relevante patienter eksempelvis hvis en patient har BVC-score, særlig aftaler for den kommende dag, der kræver tidlig vækning m.m. Herudover vurdere om der er tid og ressourcer til administrative opgaver, som mangler at blive udført.
 - Plejeplan.
 - Gul lap -Både i OPUS Psykiatri og i Imatis.
 - Fælles kalender.
 - Notat for sidste døgn.
 - Plan for BVC-score 2 eller derover.
 - Risikoværktøjer
 - Forberedelse til konference (det-skal-du-vide-om-din-patient)
 - Forberedelse til udskrivelse (Støtte-ressourceskema)
- Tilsyn (bemærk særlige aftaler på døren til patientstuen)
 - 01:00
 - 03:00
 - 06:00
- 6:00 Døren til atriumgården kan åbnes, når opgaverne er fordelt omkring rygning og tryghedsfunktionen i Atriumgården.
- Vagtskifte.

- Se forberedelse til dagvagten

Weekend

I weekenden er der som udgangspunkt ingen faste aktiviteter eller møder, der kræver tværfagligt personale.

Der er udformet en arbejdsfordeling seddel fra dagvagten i weekenden. Findes på Teamsites:

<http://teamsites.regionsjaelland.dk/sites/slsretspsyk-sl8/Patienter1/Skabeloner.%20Vejledninger%20og%20Checkliste/Arbejdsfordeling/Arbejdsfordeling3.docx>

Mad og madvogne

(Opdateringer v Linda Lillian Jørgensen llj@regionsjaelland.dk)

Morgenvogn: Det er servicepersonalet som anretter maden på vognen samt rydder vognen af efterfølgende.

Vognen køres ind af servicepersonalet 08:00 og ud i modtagekøkkenet af personalet SL8 kl. 08:45 i hverdage og kl. 10 i weekenderne.

Frokostvogn: Det er servicepersonalet som anretter maden på vognen samt rydder vognen af efterfølgende.

Kl. 11.30 hentes vognen af personalet fra SL8 og køres ud igen kl. 12.00 i modtagekøkkenet

Frugtvogn: Der er personalet fra SL8 som anretter vognen. Vognen hentes kl. 14.00 og fjernes igen senest kl. 16.00 af personalet fra SL8.

Det er servicepersonalet som rydder vognen af efterfølgende.

Aftensmadsvogn: Det er servicepersonalet som anretter maden på vognen samt rydder vognen af efterfølgende.

Kl. 17.30 hentes madvognen og afleveres senest 18:30 igen i modtagekøkkenet af personalet fra SL8.

Natvogn: Personale fra SL8 anretter og kører vognen ind kl. 20 og køres ud i modtagekøkkenet kl. 22. Servicepersonalet tager opvasken næste morgen.

Mad på afsnittet:

- Følgende må blive i køleskabet: mælk, saft, 2 kande med vand
- I skuffen må der være sukker, havregryn, salt og peber
- I the skuffen må der være the, sødemiddel, strø
- Der må ikke være mad eller drikkevarer på fællesbordene, udenfor måltiderne (med mindre der er sociale arrangementer o.lign.) Patienterne må gerne give slik/frugt, men patienten skal selv rydde det op senest om aftenen.
- Der må ikke købes mere mad ind end det kan være i patientens ½ køleskabsskuffe.

Hygiejne

- Patienten skal være velsoigneret – ikke lufte eller have beskidt tøj på.
- Alle patienter og personale skal vaske hænder+ håndsprit inden måltidet

- Hver torsdag eftermiddag, skal patienten gøre sit eget køleskab rent.
- Fælleskøleskabet gøres rent daglig af det måltidsansvarlige personale
- Fælleskøleskabet og skufferne skal daglig ryddes op af det måltidsansvarlige personale

Social færdighedstræning

- Patienterne skal motiveres til høflig tale og tiltale fx "må jeg bede om", "velbekomme", "tak for mad" osv.
- Fokus på samtaleemner under måltider
- Fokus på gode manerer fx man spiser roligt og bøvser ikke ved bordet
- Der må ikke sidde patienter i sofagruppen og spille musik o.l. under måltiderne, da det er forstyrrende for de patienter der spiser

Grillmad/kantinebesøg

- Der må ikke komme mad gennem slusen mellem 22:00- 07:00 , 11:30-12:15 og 17:30-18:15
- Patienterne må ikke komme i kantinen mellem 11:30-12:00 og 17:30-18:00
- Kanten er åben fra 07:00-16:00. Kantenmenuen er tilgængeligt for patienterne.
- Maden skal spises på pt.s egen stue eller på bordet, ikke i sofaen.

Mad på stuerne

- Ingen emballage af glas på patientstuen
- Der må ikke opbevares frostvarer
- Ingen begrænsning på saft og sodavand på stuerne (obs. På for mange effekter/hygienje)
- Ingen begrænsning på slik og emballerede mad/kager (obs. På for mange effekter/hygienje)
- Det er ikke tilladt opbevare fordærvelige madvarer på stuen
- Personale skal motivere patienten til sund kost efter D4

OS-ugen

(Opdateringer v Linda Herschend liit@regionsjaelland.dk)

Ud over individuelle tilrettelagte patientaktiviteter er der tilbagevendende aktiviteter for patienter og personaler i SL8 som ligger på faste tidspunkter

Mandage

Tværfaglig konference kl. 9:30-11 (evt. koordinering omkring ny patient kl. 9:15-9:30)
Musiklyttegruppe kl. 18:30-19
Motionstilbud kl. kl. 19-20

Tirsdage

Misbrugsgruppe kl. 14-15
Badminton kl. 14-15
Motionstilbud kl. kl. 19-20

Onsdage

Psykoedukations gruppe kl. 9:30-11
Personalemøder/Klinik kl. 13:30-15
Motionstilbud kl. kl. 19-20

Torsdage

	Livshistorieværksted Kl. 9-11
	Åben Time hos psykologen kl. 14-15
	Motionstilbud kl. kl. 19-20
Fredage	
	Fællessport for patienter i RAR kl. 13-14
	Motionstilbud kl. kl. 19-20
Lørdage	
	Motionstilbud kl. 09-21
Søndage	
	Motionstilbud kl. 14-15 og 19-20

OS-måned

(Opdateringer v Linda Irene Herschend liit@regionsjaelland.dk)

Supervision

Hver 1. tirsdag i md. 13:30-15:00

Hver 3. onsdag i md. 13:30-15:00

Personalemøde

Hver 1. onsdag i md. 13:30-15:00

Klinik

Hver 3. onsdag i md. 13:30-15:00

Hver 4. onsdag i md. 13:30-15:00

Psykofysisk træning

Hver torsdag 13:00-15:00 for plejepersonalet

Hver 2. onsdag i md. 12:00-14:00 for tværfaglig personale

Hver 3. onsdag i md. 12:00-14:00 for elever og studerende

RKKP

Hver 1. mandag i md. Skal der registreres RKKP målinger i DV

OS-året

(Ansvarlig for opdatering: Pædagog Susan Nygaard snd@regionsjaelland.dk)

Generelt om traditioner på SL8

I tråd med det overordnede mål om *Rehabilitering*, ønsker vi i afsnittet at afspejle det omkringliggende samfunds skikke og traditioner, som er måder at markere årets gang og tage del i et fællesskab. Herudover kan markeringer af traditionsbundne begivenheder i løbet af året hjælpe med at skabe struktur for året og skabe afveksling for patienter med lange indlæggelser og ringe mulighed for udgang. Deltagelse i markerede mærkedage på afsnittet er et tilbud og selvfølgelig valgfrit for vores patienter. Alle er velkomne til at deltage. Der vil ikke blive lagt vægt på de religiøse aspekter i højtiderne/dagene.

Ændringer eller aflysninger kan af forskellige årsager forekomme. Det vil i så fald blive udmeldt forinden ved en middagssamling.



Jul

Jul er en årlig højtid for fejring af Kristi fødsel.

Juledag den 25. december er ifølge traditionerne Jesus fødselsdag.

2. Juledag den 26. december er folkekirkens eneste officielle martyrdag.

Julen begynder med adventskransen, der tændes den første af de fire søndage før juleaften den 24. december.

Formål:

Vise patienterne traditionerne omkring julen.

Metode:

Alle søndage i advent hygges med patienterne, hvor der klippes, klistres, spises juleboller, æbler med fyld, æbleskiver og risengrød. Dette sker i spisestuen om aftenen.

Have et stort juletræ i dagligstuen og et mindre ved spisestuen.

Spise Julefrokost en hverdag, som leveres af Køkkenet.

Bordene i spisestuen dækkes med røde duge og noget pynt.

Hertil serveres sodavand, og alkoholfri øl.

Juleaften serveres god og rigelig julemad fra Køkkenet.

Bordene i spisestuen dækkes med røde duge og pynt.

Hertil serveres sodavand, alkoholfri rødvin og hvidvin.

Alle patienter får julegaver.

Der spises slik og julesmåkager senere på aftenen.

I juledagene serveres slik og småkager.



Nytår

Nytår markerer et nyt år som starter, og det gamle år, som rinder ud

Det nye år begynder i Danmark, når det første slag lyder fra Uret på Københavns Rådhus - en begivenhed som tv-transmitteres live hvert år

Formål:

Holde fast i traditionerne og lære patienterne hvordan det er at holde dansk nytår.

Metode:

Om aftenen serveres forret og hovedret, som bestilles i byen evt. hos en slagter.

Der købes is til dessert.

Bordene i spisestuen dækkes med blå duge og forskellige nytårsting.

Spisestuen kan pyntes med balloner, serpentiner og andet pynt.

Hertil serveres sodavand, alkoholfri øl, hvidvin og rødvin.

Senere på aftenen er der hygge med slik, chips og dip.

Patienterne må gerne købe fyrværkeri, der opbevares af personalet.

Dette affyres på fortovet overfor P-pladsen inden klokken 22. Det er kun patienter med udgang der kan deltage.

Klokken 24.00 serveres alkoholfri champagne og kransekage

**Fastelavn**

Fastelavn er en del af den danske kulturarv og falder hvert år mellem den 1. februar og 7. marts.

Formål:

SL 8 holder fast i højtideligheden/traditionen, så patienterne kan opleve årets gang og få forståelse for og mulighed for at stille spørgsmål om en sådan tradition. Både det kirkelige synspunkt og den mere almene festlighed med udklædning og slåen katten af tønden.

Patienterne får mulighed for at være sammen om eftermiddagen på fastelavnssøndag og deltage i socialt samvær omkring et kaffebord med fastelavnsboller sammen med medarbejdere og medpatienter.

Fastelavnsbollerne symboliserer blot en sidste chance inden påske for at få lidt lækkert at spise.

Metode:

Kirsten bestiller fastelavnsboller enten i hospitalskøkkenet, hos en bager eller dybfrost. Personalet som er på vagt serverer fastelavnsbollerne og hjælper patienterne med at dække kaffebord.

Rammen:

Kl. 14 i fællesspisestuen med opdækning til kaffebord.

Patienterne informeres på middagssamlingen om fredagen før fastelavn.



Påske

Påsken er den kristne kulturs markering af Jesu korsfæstelse og opstandelse. Påsken er blevet en væsentlig højtid i vores danske traditioner. Den handler også om livets store spørgsmål og om nære menneskelige erfaringer, relationer og fællesskab.

Formål:

Sl8 holder fast i traditionen i form af en påskefrokost sammen med patienterne uden alkohol. Det skaber fællesskab og patienterne får mulighed for bedre relationer til hinanden samt personalet.

Metode:

Kirsten Henriksen bestiller mad i byen eller på sygehuset.

Rammen:

Afdelingens spiseareal til aftenmad.



Store bededag

Bededag blev indført af Biskop Hans Bagger i 1675, og lovfæstet af Kong Christian d V i 1686, samtidig blev bede- og bodsdage, der er spredt ud over året afskaffet. Disse mange helligdage var en hindring for det regelmæssige arbejdsliv. Bededag holdes 4 uger efter langfredag og falder altid på en fredag. Bededag blev udnævnt til en højhellig dag, hvor alle skulle gå i kirke og bede og gøre bod for deres sønder. Bededag er en dansk tradition. I dag bruges bededag ofte til at holde konfirmation.

De varme hveder er indført af bagerne, da det var forbudt at arbejde på bededag, for at borgerne havde brød, bagte bagerne hveder, borgerne valgte selv at spise dem aften før bededag, og det blev en tradition.

Formål:

Det at vi lærer patienterne om vores traditioner, og samler dem til en hyggelig stund torsdag aften.

Metode:

At personalet sammen med patienterne køber ind selv eller bestiller dem fra centralkøkkenet, og vi sammen med patienterne dækker bord og varmer hvederne.

Vi orienterer patienterne på middagssamlingen først på ugen og aftaler med dem, hvem der vil være med til at deltage i forberedelserne.



Pinsen

Pinsedag falder altid på den syvende søndag efter påske. Pinsen er den tredje af de store kristne højtider, og så er den samtidig kirkens fødselsdag, idet Helligånden da kom ned til menigheden. En gammel tradition foreskriver, at man pinsemorgen skulle gå ud af sit hus og feje ind mod døren, da man så ville samle lykke til huset resten af året. Pinsen hører med til tradition i Danmark.

Formål:

SL8 holder fast i en traditionen med social samvær sammen med personale og patienter i fællesmiljøet hvor der spilles Banko.

Metode:

Der vel være PinseBanko søndag pinsedag kl. 19.30. Personalet indkøber små gaver en uge før til banko. Budgettet aftales med Kirsten Henriksen. Der er spilleplader med trykte tal, en opråber (fra personalet) udtrækker vilkårlige tal og råber dem op, mens spillerne/patienterne markerer hver gang et udtrukket tal er på deres spilleplade. Når en spiller/patient har markeret alle tal på en vandret linje, råber vedkommende bingo! (eller banko!), hvorefter en kontrollant/personalet tjekker, at de rigtige tal er markeret. Herefter spiller man videre til en spiller har alle tal på pladen markeret, og der igen råbes bingo! (eller banko!) Personalet deler en præmie ud.

Rammen:

I fællesmiljøet uden for dueslaget kl. 19.30. Patienterne orienteres til middagssamling dagen før Pinsen starter. Der arrangeres fællesbord i fællesmiljøet og patienter og personale er fælles om Banko.



Sankt Hans aften

Sankt Hans er oprindeligt en hedensk fest. Man troede at denne aften var fyldt med magiske kræfter både de gode og onde. Man opsøgte hellige kilder mod det onde. I 1798 blev bålet

udbredt og i 1860 kom heksen til indført af tyske håndværkere. Derfor flyver heksen til Bloksbjerg i Hartzen. I dag fejres aftenen med bål, taler og der synges Midsommervisen.

Formål:

At fastholde traditionerne og gøre det til en fælles oplevelse for patienter.

Metode:

Kirsten Henriksen køber ind, så patienter kan inviteres på jordbær og fløde, og vi synger midsommervisen kl. 20.00.

Rammen:

Patienter og personale er sammen om at ordne jordbærrene og dække bord i fællesmiljøet ved dueslaget på SL8. Hvis vejret er godt, kan der synges i Atriumgården.



Mortens-aften

Mortensaften er en tradition i Danmark, som stammer helt fra tilbage fra reformationen i år 1536. Morten Bisp var på flugt og gemte sig hos gæssene, men deres skræppen afslørede ham. I Danmark markerer mange familier og institutioner dagen ved at servere And som i dag er mere almindelig end gæs. Mortens aften falder hvert år den 10 november.

Formål:

SL8 holder fast i traditionen om, at der spises and/gås på datoen i fællesmiljøet. Traditionen samler patienter og personalet i fællesskab.

Metode:

Kirsten Henriksen bestiller mad fra køkkenet.

Rammen:

KL. 17.30 i fællesmiljøet/spisestuen dækkes op i fællesskab med personale og patienter.



POLITIK FOR SIKKERHED

(Afsnittet er en beskrivelse om RAR's vedtagne retningslinjer for Politik og sikkerhed fra regionen instruks-samling D4. Lokale forhold er beskrevet under afsnittet Hands on)

Medlemmer af arbejdsgruppen Dynamisk Sikkerhed

Jesper Skovgaard Gaasedal, SL8
Jette Andersen, KC
Karina Sussanne Geertsen, SL11
Merete Weikop, SL10
Mette Pernille Bruhn, SL8
Tobias Kofod Suensen, SL11

Kommunikation

RAR står for Regional Afdeling for Retspsykiatri. Når RAR nævnes, er der tale om afsnit SL8, SL9, SL10, SL11 samt ROT (Retspsykiatrisk Opsøgende Team).

I RAR er sikkerhed ikke opgaven, men sikkerhed skal ses som et arbejdsredskab, der muliggør, at vi i trygge rammer kan løse vores kerneopgave, som er behandling. Hvilket betyder, at sikkerheden skal tilpasses opgaven og ikke omvendt.

For at sikre os en ensartet måde at se og tale om sikkerhed på i RAR, vil vi starte vores politik med en gennemgang af sikkerhed som kommunikationsbegreb. Vi er i RAR blevet enige om følgende opdeling af sikkerhedsbegrebet for at sikre os en mere konstruktiv håndtering og løsning af evt. problemer. Understående er en gennemgang af de tre begreber, som vi mener, er en del af sikkerheden i RAR.

Sikkerheds-tredeling:

- **Mekanisk (fysiske rammer)**
Ved mekanisk sikkerhed forstås de fysiske rammer fx nøgler, aflåsningsmuligheder, alarmsystemer, bælter, skjolde og andre værnemidler m.v.
- **Fysisk (træning)**
Ved fysisk sikkerhed forstås vores psykofysiske træning og personalets evne til at strukturere konfliktsituationer. Ved fysisk forstås personalet som redskab i sikkerhed.
- **Mental (psykisk)**
Ved mental sikkerhed forstås individets følelse af tryghed og de indre mekanismer omkring sikkerhed. Herunder ligger også debriefing- og defusingtanken. Et begreb som tillid til kolleger er også noget vi lægger under mental sikkerhed.

Struktur og gennemsigtighed

For os i RAR er det vigtigt at skabe gennemsigtighed og struktur i vores sikkerhedsrutiner, der skal bygge på nyeste faglige viden og erfaring af praksis.

Risikostyring

Det er besluttet i RAR, at følgende redskaber skal være en del af risikovurderingen af patienter indlagt i RAR eller patienter, der går i ambulant behandling. Vi ønsker, at risikostyring bliver synlig i alle afsnit og i Det Opsøgende Team, derfor planlægger vi en fælles arbejdsgang for praksisinddragelse af risikostyringsværktøjer. Vi vil udarbejde et Actioncard, som alle afsnit skal bruge i vagtskiftet til gennemgang af det aktuelle risikoniveau i afsnittet.

Fælles retningslinier vedr.:

- **ReAct (BVC og SOAS)**
Værktøj til daglig og løbende registrering af risikoniveauet på den enkelte patient (skal altid registreres i OPUS, dog er ReAct et sidestående EDB system indkøbt til risikovurdering med mulighed for grafiske udtræk både på patient- og afsnitsniveau)
- **APG**
Risikostyringsværktøj til at danne overblik over patientens samlede forløb og planlægning af tiltag ved BVC score 2 eller derover.
- **HCR-20**
Gennemgang foretaget af psykologer af patientens samlede journalmateriale. Data indhentes desuden via samtaler med patienten for at komme med bud på potentielle risikofaktorer og/eller trigger points.
- **Daglige procedurer**
De daglige procedurer er også nævnt tidligere i afsnittet, men det er her vi skal lave fælles retning for anvendelse af risikostyringsværktøjer i praksis (disse vil blive udarbejdet af nærværende arbejdsgruppe, men skal implementeres af alle sengeafsnit i RAR).

Ansvar for sikkerhed

I RAR ser vi sikkerhed som et fælles ansvar. Afvigelser fra sikkerhedsreglementet er under ingen omstændigheder acceptabelt. Derfor finder vi det vigtigt at udspecificere den enkeltes konkrete opgave i forbindelse med opretholdelse af sikkerhedsprocedurer i RAR.

Ansaret er en tovejs størrelse. For det første har man ansvar for til enhver tid at efterleve de implementerede instrukser. For det andet har man ansvar for at komme med tilbagemeldinger, hvis man som ansat i RAR finder ting ved sikkerhedsprocedurerne, der i udgangspunktet findes u hensigtsmæssige. Denne viden skal bringes til arbejdsgruppen omkring sikkerhed, der så vil tage stilling til evt. ændringer af proceduren.

- **Styregruppe for sikkerhed i RAR**
Styregruppen for sikkerhed har ansvar for at samle al tilgængelig viden om sikkerhedsmæssige forhold i RAR, dog med undtagelse af emner omhandlende brand og omgang med kemiske eller radioaktive stoffer. Disse punkter hører til under arbejdsmiljø grupperne og tilknyttede kontrolinstanser. Styregruppen skal fremadrettet sikre sig en fælles og ensrettet håndtering af sikkerheden i RAR.

- **Ledelse**

Lederen har til enhver tid ansvar for det samlede sikkerhedsniveau i de respektive afsnit. Lederen har ansvar for, at alle personaler deltager i den planlagte undervisning og efterfølgende opfølgning på kurser mv. Det er lederens ansvar at tage hånd om eventuelle afvigelser i forhold til denne arbejdsangang. Som udgangspunkt kan den enkelte leder ikke give dispensation for manglende deltagelse i den sikkerhedsmæssige undervisning.

- **Instruktør**

Instruktøren har til ansvar at forestå undervisning af personalet og opfølgning på vedligeholdelsestræningen, både som gruppeundervisning ude af afsnittet, men også i forbindelse med situationstræning i realistiske omgivelser. Instruktøren har også ansvar for internt i instruktørgruppen at få koordineret og planlagt undervisning. Det ligger også hos instruktøren at viderebringe informationer til lederen om evt. problemer i forhold til undervisning af medarbejdere. Instruktøren har også pligt til at holde sig opdateret i forhold til sit virke som instruktør. Uddannelsesopgaven er en tværgående opgave og instruktørgruppen skal i samarbejde varetage denne funktion, således at man sikrer sig en ensartet undervisning for alle medarbejdere uanset afsnit.

- **Medarbejder**

Medarbejderen har ansvar for at deltage i planlagt undervisning og pligt til at deltage i planlagte opfølgninger. Det er også et medarbejderansvar at gøre opmærksom på eventuelle problemer ved sikkerhedsprocedurerne. Hvis en medarbejder ikke føler sig klædt på til at klare en sikkerhedsmæssig funktion, har de ansvar for selv at gøre opmærksom på dette, i første omgang til afsnittets instruktør, for på den måde at sikre, at alle føler sig klædt på til at varetage sikkerhedsopgaven.

Fysisk sikkerhed

Fysisk sikkerhed består af vores grundtræningsprogrammer om frigørelse og vores grundprogrammer om magtanvendelse (alarmtilkald). RAR følger den til enhver tid givne procedure udstedt af regionen. Fysisk sikkerhed er bygget op således:

- Grundkursus i frigørelse af 3 dages varighed
- Grundkursus i magtanvendelse af 3 dages varighed
- Opfølgning i eget regi minimum 6 x fysisk træning og 2 x teori undervisning. Undervisningen vil være struktureret således, at det er personalet fra RAR, der samtræner for at øge kendskabet til hinanden og den vej rundt øge sikkerheden. I RAR træner alle (både mænd, kvinder og alle faggrupper) under samme vilkår. Alle skal på samme kurser, da alle skal kunne varetage samme sikkerhedsopgave.
- Træning i eget afsnit
Vi forventer også, at der skal laves situationstræning i eget afsnit, således at personalets kendskab til de fysiske rammer til enhver tid er så optimale som muligt.
- Opfølgning for instruktører (R4, R5, R6, R7 og KC)
Alle instruktører skal deltage i de planlagte opfølgningskurser for instruktører og komme med bud på behovet for instruktører i RAR. Ligeledes skal de bistå ledelsen i forhold til kapacitetstilpasning, hvilket betyder, at der som minimum skal være to instruktører pr. 30 medarbejdere med alarmfunktion. Det er også instruktørerne, der står for planlægning af

opfølgningssange og i samarbejde med AMG, sikre sig, at de mekaniske forhold i de enkelte afsnit lever op til kravene i instruksen og anvendelse af kompetencekort.

Mekanisk sikkerhed

Mekanisk sikkerhed er som beskrevet under afsnittet under kommunikation et udtryk for vores værktøjer eller fysiske rammer til håndtering af sikkerhed. Understående afsnit er ikke fuldt dækkende for alle værktøjer, men skal løbende opdateres således, at alle væsentlige redskaber er beskrevet.

- Samarbejde mellem arbejdsmiljøgruppe (AMG) og instruktører i forhold til gennemgange
- Alarmer
Personbårne alarmer vil være identiske med det allerede kendte system. Der er ikke udsigt til ændringer på nuværende tidspunkt.
- Bælter
Der nedsættes et særligt udvalg, der har fokus på indkøb af bælter, således at vi i RAR har samme bæltesystem. Der arbejdes på tiden for at finde et simpelt system, da det skal kunne lægges relativt hurtigt og være nemt at betjene. Der vil ikke i RAR forefindes senge med allerede anlagte bælter.
- Værnemidler
- Skjolde
RAR ønsker, at vi i fremtiden bruger skjolde i situationer, hvor patienterne er særligt opkørte for på den måde at undgå skade på patienten eller personalet. Vi lægger op til, at vores instruktører skal undervises i brug af skjold, så de kan videregive information og oplæring af personalet i anvendelse af skjold.
- Sluser
Sikkerheden omkring sluserne i RAR er at betragte som en forbedring af sikkerheden i forhold til nuværende rammer. Arbejdsgruppen vil i fremtiden kigge på en fælles instruks for betjening af sluser. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at udarbejde en brugbar instruks, da vi ikke kender de mekaniske forhold.
- Senge
Der har været kigget på indkøb af specialsenge til det nye sygehus. Det er dog uvist, om disse når at komme i brug inden ibrugtagelse af sygehuset. Hvis vi kommer i besiddelse af anden viden vil vi opdatere på dette punkt.
- Nøglesystemet
Nøglesystemet er markant anderledes end det allerede kendte og derfor vil der komme fælles instruktion i bruges af dette i perioden op til overtagelse af sygehuset i Slagelse. Punktet vil blive opdateret, når vi kender mere til funktionen og brugen af det nye nøglesystem.

Mekanisk sikkerhed er i visse tilfælde et samarbejde mellem AMG (Arbejdsmiljøgruppen) og instruktøren i afsnittet.

Mental sikkerhed

Ved mental sikkerhed forstår vi de mekanismer, der foregår inde i mennesket (individet). Vi vil gerne have fokus på det at være ansat i RAR og være tryk ved at gå på arbejde. Vi ønsker at skabe en åben dialog omkring emnet, således at vi sikrer os, at den fælles sikkerhed bliver højnet gennem individets følelse af tryk. Vi ønsker også at aftabuisere emnet mental sikkerhed, således at det bliver alles opgave at sikre, at individet føler sig tryk i en given arbejdsituation. Vi ønsker at benytte os af coaching og samtaler på gruppe- og individplan. Det er en opgave, som instruktørerne vil varetage. Også når vi taler om mental sikkerhed ønsker vi at skabe en ensretning i RAR.

Der skal være rum til, at personalet kan tale om utryghed, således at vi kan finde årsagen og via dialog højne sikkerheden.

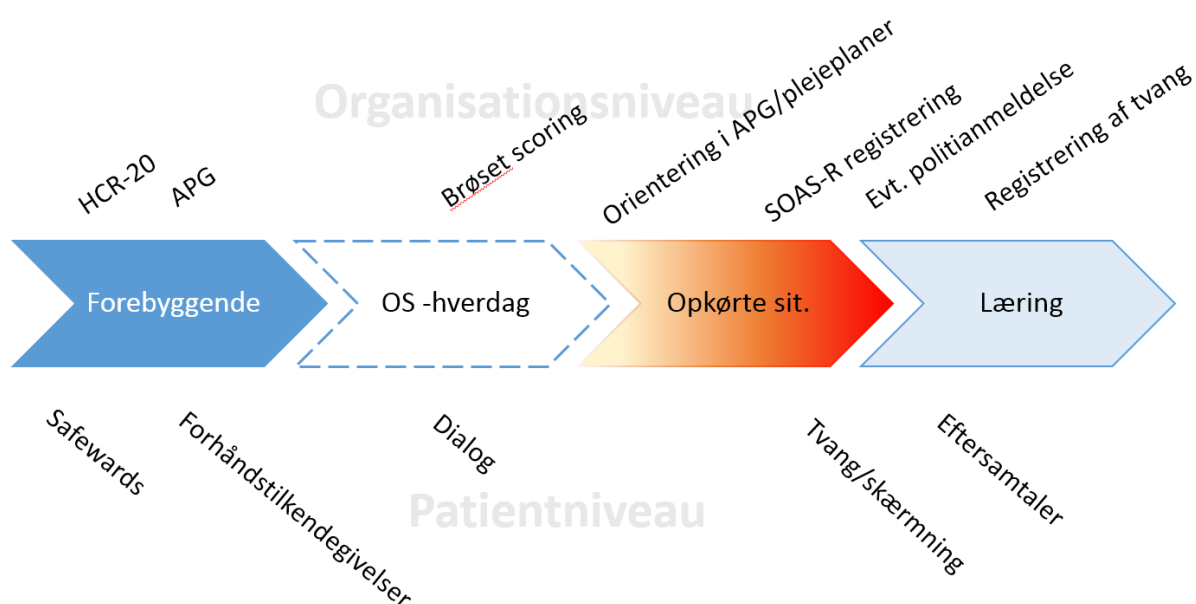
Som en del af den mentale sikkerhed ser vi også vores kompetencer til at bringe viden i spil som fx deeskalering, således at vi i forebyggelsesøjemed gør alt, hvad vi kan for helt at undgå, at situationer kører op.

Den mentale sikkerhed handler også om efterrefleksion på vores hverdag og det faktum, at folk ansat i retspsykiatrien havner i den kategori af personer, som bliver betragtet som havende særligt følelsesmæssigt krævende jobs og derfor i højrisiko for psykisk nedslidning. Derfor er supervision en vigtig del af den mentale sikkerhed, således at vi sikrer os mulighed for, i et fagligt forum, at tale om den til tider følelsesmæssigt krævende arbejdsopgave.

Sikkerhed omkring patienterne

Sikkerhed i RAR er ikke kun en personaleopgave, men også en opgave for vores patienter. Vi skal i RAR have en åbenhed over for vores patienter omkring vores rammer og retninger for håndtering af sikkerheden, således at den enkelte patient har en forståelse for og føler sig tryk i forbindelse med behandlingen i RAR. Det er vigtigt, at patienten ved indlæggelse får en grundig introduktion til sikkerheden i RAR og at de retningslinjer, der er beskrevet i vores risikostyringsværktøjer, integreres i patientens forståelse af sikkerhed, således at patienten deltager i det forebyggende sikkerhedsarbejde. Det er vigtigt, at vi også i læringsøjemed inddrager patienten, således at vi på baggrund af erfaringer kan sikre os, at patienten får så trygt et behandlingsforløb som muligt. Skulle det alligevel føre til magtanvendelse vil vi i særlig høj grad sikre os, at procedure for eftersamtale efter tvang overholdes. Som supplement til instruksen ønsker vi at anvende eftersamtaler også i de situationer, der har været tilspidsede, men ikke er endt med anvendelse af tvang. Dette for at forbedre vores måde at håndtere konflikter på og for at give patienten indsigt i egen adfærd. Det er vigtigt at italesætte tryghed som et emne for patienten, således at patienten føler rum til at kunne drøfte usikkerhed i forbindelse med indlæggelse.

Håndtering af vold og risiko for vold i SL8



Forebyggelse af vold

Definitioner

Handlemuligheder

Tertiære

Her bremser man tilbagefald og hindrer yderligere udvikling og forværing

Eftersamtaler
Undgå tilbagefald
Review af
bæltefiksering

Sekundær

Her tages initiativ til at stoppe volden

Skærmning
Deeskalering
og relation
træning

Primær

Her hindrer man at volden opstår

Mentaliseret
miljøterapi
Aktiviteter
Struktur
Forhånds-
tilkendegivelse
APG
ReAct

Positiv tilgang
Venlig, smilende
Afslappet
kropssprog
Relationsstyrkende
Udgangspunkt i det
hermeneutiske

Følelser
Lær at styre dem
Regulere følelserne
Bevar roen
Find ud af kilden til konflikt og forsøg
at få behov og følelsen til at møde

Effektiv struktur

Patient

Overhold aftaler med patient.
Sørg for at overholde tidspunktet for
aftalen.
Lav et overblik for pt. – ugeskema.
Sørg for at skemalægge værdifulde
aktiviteter.

Personale

Strukturer deeskalerings træning.
Udarbejde APG og
Forhåndstilkendegivelse.

Læring

Læring gennem dialog skal være bærende for sikkerheden i RAR. Vi ønsker at bygge vores sikkerhed på et videnskabeligt velfunderet grundlag. Læring skal også ses som en dynamisk proces.

Vi skal fremadrettet benytte episodeevaluering, ud fra fx ReAct. Kun gennem en kritisk tilgang til egen handling kan vi forbedre vores sikkerhed og effektivisere brugen af tvang i RAR.

I læringsperspektiv har instruktørerne en central rolle, da de er centrum for undervisning, læring og ændring af procedurer i RAR. Vi ønsker at læring er noget, der skal foregå på tværs af vores afsnit og derfor skal episodeanalyse foregå som alt andet på tværs af afsnittene. Det er vigtigt, at vi i afsnittene samler vores erfaring.

Yderligere referencer omkring sikkerhed på RAR

Vedrørende tilbagemeldinger på relevante D4 instrukser:

D4 instrukserne er i dag forskellige som følge af, at vi kommer fra fire forskellige lokaliteter og de skal derfor opdateres gældende hele RAR. Udarbejdelse af nye RAR instrukser vil have udgangspunkt i de allerede eksisterende for på den måde at lette arbejdsgangen.

Dokumentnr.	Titel	Link
427281	Risikovurderinger af vold og anden antisocial adfærd (BVC, APG, HCR-20),	http://d4.regsj.intern/?DokID=427281
454231	Systematisk registrering af aggression og vold ved hjælp af SOAS-R,	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=454231
464345	Beredskabsplan (inkl. brand) og Evakueringsplan for Regional Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=464345
503311	Besøgende til Regional Retspsykiatri, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=503311
213471	Forebyggelse og håndtering af konflikter, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=213471
237268	Manual for debriefing, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=237268
234174	Arbejdstilrettelæggelse, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=234174
237566	Defusing efter voldsomme hændelser, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=237566
264436	Introduktion af nyt personale, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=264436
357212	Medarbejderoplysninger fremover Ambulanceplaner	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=357212
387268	Ansvarshavende aften-/natsygeplejerske på Sikringsafdelingen	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=387268
414909	Ansvarshavende sygeplejerske afsnit SL8, SL9, SL10 og SL11, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=414909
245819	Planlagt hjælp til SL8, SL9, SL10 og SL11, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=245819
245366	Overfaldsalarm SL8, SL9, SL10 og SL11, Afdeling for Retspsykiatri	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=245366
490001	Visitering af patienter	http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=490001

Mentorordning for personaler ansat på Sl8

Som ansat på Sl8 tilbydes du en målrettet og struktureret introduktion og læring.

Hvorfor en mentorordning?

Mentorbegrebet bruges om relationer, hvor en mindre erfaren person i samværet med en mere erfaren person får mulighed for at fremme og fordybe læringsprocesser og videndeling. Det er et partnerskab, hvor der udveksles erfaring og viden, hvor fokus er på medarbejderens personlige og faglige udvikling.

Relationen mellem mentor og nyansat er et struktureret forløb og har en formel begyndelse og afslutning.

Introduktion og samarbejde

Inden du starter vil du blive tilknyttet vores mentorer, som i samarbejde med dig, vil være ansvarlige for din introduktion og læring. Din mentor er den samme i hele forløbet, dette for at sikre kontinuitet og kvalitet i din oplæring, andre faglige ressourcepersoner bliver medinddraget. Vi har udarbejdet et introduktionsprogram for den første periode, som du følger sammen med mentor fra starten af din ansættelse. Du deltager ligeledes i Psykiatrien Region Sjællands fælles introduktion. Du vil få besked om dato, tid og sted, umiddelbart før du starter. Du blive informeret om de forskellige tilbud der er om f.eks. deltagelse i undervisning, supervision, faglig vejledning, som du kan få mulighed for at deltage i. Din daglige leder og kolleger er ansvarlige for et godt læringsmiljø. Du er selv ansvarlig for i samspil med din mentor at planlægge og evaluere dit læringsforløb, der vil være opbygget omkring kompetencekort.

Arbejdsindsats samt vagtdeltagelse

Vi er opmærksomme på, at der skal være mere tid til at udføre opgaverne i starten af ansættelsen. Både din arbejdstidsnorm og dine kompetencer ved starten af ansættelsen vil have betydning for, hvilke arbejdsopgaver du kan deltage i og evt. få ansvaret for. Vi tilstræber at de første 14 dage er ren introduktion, men allerede fra dag 1, kan du muligvis deltage i plejen.

Samtaler

Til støtte for dit læringsforløb er der planlagt kontinuerlige samtaler mellem dig, mentor og evt. din daglige leder. Et mentee forløb, er som regel opbygget over 6 måneder. Men kan varieres alt efter dine kompetencer, eller de opgaver du skal løse i afsnittet. Mentee forløbet vil blive tjenestelagt. Efter 1. mdr. introduktion afholdes 1. samtale med daglig leder. Denne og efterfølgende samtaler vil blandt andet indeholde emner som gensidige forventninger, hvordan du trives, samarbejde med kolleger samt aftaler om din individuelle læring og kompetenceudvikling. Der er samtale igen efter 3. mdr. Dette som opfølgninger på intro, om mulighed for faglig refleksion. De første tre måneder tilstræbes det videre at du deltager i så mange af afsnittets klinikker, supervisioner og andre møder som muligt. Videre vil der være konkret sparring på din patientpleje eller anden form for opgaveløsning.

SL8 - HANDS ON

(Ansvarlig for opdatering Jesper Skovgaard)

Retningslinje angående visitering af patienter indlagt på lukket sengeafsnit SL8

Formålet er at skabe en ensartethed i den måde hvorpå visitation foregår på sl8

Visitering foregår i besøgsrummet.

Pt. føres efter udgang til besøgsrummet, hvor denne skal afklæde sig tøj, minus bh og underbukser og iføre sig udleveret morgenkåbe. Derefter gennemgås af personalet patientens effekter. F.eks. tager man sålen ud af skoen og kigger punge igennem, mobiltelefoner såfremt disse kan adskilles, samt hulrum i tasker. Visitation foregår altid med 2 personalers tilstedeværelse.

Det ene personale har til formål at holde øje med pt. under visitering

Det andet personale har til formål at forestå selve visiteringen. Der er altid 2 personaler tilstede for at undgå en eventuel tvist der måtte være opstået i forbindelse med visiteringen.

Vi bruger metoden omkring afklædning med morgenkåbe, da vi har erfaring med at den fysiske kontakt man har ved normal visitering, skaber en del udfordring i forhold til køn og integritet.

Visiteringen foregår iklædt engangshandsker.

Det er vigtigt at man i forbindelse med visiteringsopgaven holder en god og konstruktiv tone, der ikke er konfliktoptrappende.

Når visitering har fundet sted skal det dokumenteres i journalen i dag til dag beskrivelsen.

Ønsker pt. ikke at samarbejde omkring visitering trækker personalet sig fra besøgsrummet og låser slusen til afsnittet, hvorefter lægen tilkaldes og lægen vurderes situationen efterfølgende.

Der skal altid ligge minimum 3 badekåber i besøgsstuen, ligger der ikke dette når visitering er overstået, skal der bestilles flere via linneddepotet.

Overvåget besøg

Har en pt. overvåget besøg skal dette foregå på hverdage, mandag – fredag, og inden kl. 15.00, også selv om husordenen siger noget andet. Dette er pga. mindre personale ressourcer i aften og weekend vagter og efter aftale med afsnitsledelsen. Overvåget besøg afholdes i besøgsrummet i slusen. De besøgende aflevere tasker og poser til personalet. Slusen bliver lukket, så de besøgende ikke har fysisk og visuelt adgang til resten af afdelingen. Lukning af slusen, skal ske inden pårørende kommer ind i slusen. De besøgende bliver vist ind af personalet i besøgsrummet. Hvor der skal være et stk. personale til stede under hele besøget.

I besøgsrummet vil pt sidde og vente på pårørende. Døren mellem kontor og sluse, står åben under besøget. Det har til formål at sikre kontakten mellem besøgsstuen og kontoret.

Adfærd omkring opkørte situationer

I tilfælde af, at en patient er opkørt eller har udvist truende adfærd. Er det ikke tilladt for denne at forlade matriklen. Det er heller ikke tilladt, for et personale at færdes ude alene med en opkørt patient. F.eks. skal løsningen IKKE være at gå med patienten en tur i skoven. Opkørte situationer skal håndteres i afsnittet hvor bemandingen og derfor rammerne er mest sikre. Dette er gældende uanset hvad der står i plejeplanen, eller hvad der ellers er aftalt. Opgaven er for kontaktpersonen, hyppige tilsyn. For sekundært personale til situationen, er opgave at sikre miljøet samt kontakte læge. Opkørte situationer skal altid vendes med en læge således at denne kan dokumentere situationen, eller træffe de nødvendige forholdsregler. Der ligger på de fleste patienter en plejeplan, der beskriver hvad der skal

ske ved BVC score på 1 eller der over. Denne plan skal iværksættes. Såfremt man ikke overskrider førnævnte regel.

Sådan banker vi på

Vi er på et Hospital og patientstuen er ikke patienternes private hjem. Det er ikke tilladt for patienter at have skilte eller andet på udvendig side af døren. Som indlagt kan det være belastende med flere år uden meget privatliv. Dette afsnit omhandler entring på patientstuer, hvis døren er lukket. Først stiller man sig i forhold til åbningsretning, således at man ikke bliver ramt, hvis den bliver åbnet meget hurtigt. Videre bankes der i en fast rytme som AMS-TER-DAM. Der afventes 5 sekunder, før der siges højt: "Det er personalet" Hvorefter der bankes igen på samme måde. Efter yderligere 5 sek. adviseres "Jeg kommer ind" og døren låses op.

Bistandsværger og journaler

Der kommer og beder om udlevering af journaler, skal som udgangspunkt sende en skriftlig anmodning, og en underskrevet fuldmagt fra patienten. Derefter har lægen 10 dage til at svare på henvendelsen.

Telefoni og mail

Når telefonen ringer på SL8 må alle tage den. Man præsenterer sig med " De taler med XXX sengeafsnit SL8 Hvad kan jeg hjælpe med?". Det er ikke tilladt at udlevere patientinformationer over telefonen med mindre at man er helt sikker på hvem der er i røret, samt at der er givet samtykke fra patienten over for den henvendende myndighed. Hvis du ikke er sikker på hvem det er, skal du bede vedkommende om at skrive til din mail med spørgsmålet, således at identitet kan bekræftes. Vær opmærksom på hvad adressen er på den modtaget mail. F.eks. skriver kriminalforsorgen ikke fra Happyrose45@hotmail.com - kort sagt brug din sunde fornuft. Hvis henvendende myndighed vil have udleveret større mængde data skal der henvises til vores sekretariat.

Telefon til natsygeplejerske

Har du brug for at kontakte vagthavende natsygeplejerske på Sikringen, skal du trykke * før nummeret, så de kan se dit nummer og ringe tilbage, hvis de er midlertidig forhindrede i at tage telefonen.

Telefoni ud af huset

Du skal trykke 0, for at ringe ud fra de stationære telefoner i SL8.

Hvad skal du hvide om ledsaget udgang.

Personaletilstedeværelse i afsnittet

Der skal altid direkte i eller omkring afsnittet f.eks. på de tilhørende terrasser være 2 personaler. Hvis der i nødstilfælde er behov for akuthjælp på nærtliggende afsnit, kan der ses bort fra denne regel. Det er altså ikke tilladt i de vagter hvor der er 2 personaler f.eks. at gå en tur med patienterne på terræn.

Patientmidler

Kontaktpersonen skal i samarbejde med patienten søge om et hævekort, da det kun er i nødstilfælde man gør brug af patientkontoen. Opstår der problemer med banken, kan socialrådgiver bistå.

For de få patienter på SL8 som hverken har udgang eller eget hævekort til deres bankkonto, er der muligt for at benytte patientkonto hvor der kan overføres penge efter aftale med patientens bank.

Hæveprocedure

Hævesedler findes i den hvide mappe, "Patientøkonomi SL8", som står på reolen bag sekretærens arbejdsstation. Ved henvendelse fra patient skal der først tjekkes om der er penge nok på patientkontoen. Kontoudtog sidder som første papir bag fanebladet under hver patient.

Hævesedler udfyldes så alle patienter, der skal hæve midler i kassen, står på samme hæveseddel. Sedlen underskrives af to personaler og skannes ind og sendes til psy-retspsy@regionsjaelland.dk.

Sedlen må fremstå **let læselig og uden rettelser** og være staben i hænde tirsdag eftermiddag før kassedagen eller senest onsdag morgen kl. 8.00 på selve kassedagen.

Udbetaling

Stabsmedarbejderen afleverer kuverterne på hvert afsnit senest kl. 11.30 på kassedagen.

Der skal være 2 personaler, der eftertælle pengene og kvitterer på hæveseddel.

Når hæveseddel er scannet og sendt til staben lægges den til sekretær til registrering, med note om den er skannet og sendt eller ikke skannet og sendt endnu.

Skriv et 2n notat i patients journal om at pengene er modtaget og hvor mange der er udleveret til patienten og hvor mange der er lagt i pengeskabet.

Når der efterfølgende udleveres penge fra kuverten til patienten, skal det noteres med 2n notat hvor mange penge der er udleveret og det noteres tillige på bilaget i kuverten, hvor mange penge, der er tilbage.

Udgang

Ledsagelse af patienter uden for hospitalets område

For patienter med B dom gælder at det er dennes psykiske tilstand, der skal ligge til grund for antal personaler der skal følge patienten. Et personale kan godt have 3 B-patienter med på udgang, hvis deres tilstand er vurderet til det.

For patienter med A dom, er det altid ét personale til én patient, hvis der er tale om ledsaget udgang. Har patienter med A-dom imidlertid udgang til "land og by" er der ikke tale om ledsaget udgang, og personalet må følge mere end en enkelt patient. Her skal patienten i øvrigt gøres opmærksom på, at tiden ude trækkes fra den tilladte udgangstid, selv om personalet er tilstede. Det er dog vores erfaring at sidste konstellation oftest danner grundlag for misforståelser, så denne frarådes.

Rømninger/Absenteringer – myter og fakta

En sejlivet myte siger, at der er højere flugtrisiko for vores patienter når de er på udgang. Dette er ikke noget vi har statistisk belæg for. Med udgangspunkt i registrerede tilfælde finder rømninger sted fra selve afsnittet og foregår aften og nattetimerne. Eller rømning sker, når patient på uledsaget udgang

ikke kommer retur. Sidste er oftest benyttet, da det giver patienten et 3 timers vindue hvor vi ikke "leder" efter dem. Der for er der statistisk ingen forhøjet risiko for rømning under ledsaget udgang.

Har patienten ledsaget udgang er der tillid til at vedkommende kan samarbejde omkring udgangen. Der er dog ting du som personale skal sikre dig er i orden, før I tager afsted:

Før afgang

Hvor mange er I? Ledsaget betyder én til én. Det er derfor ikke OK at en patient med uledsaget udgang går med jer på turen, da din opmærksomhed hermed bliver delt. Arrangementet bliver muligt, hvis du får følge af en studerende, som gerne må gå på udgang med patienter med uledsaget udgang.

Vær opmærksom på, at for patienter som er hurtigkørende eller patienter, som ikke har haft udgang meget længe, kan det være en voldsom oplevelse med udgang til byen, og du skal altid på forhånd få aftal med patienten, formålet og forløbet af udgangen. Husk påtegning i gule mapper, og fortæl dine tilbageblevne kolleger, hvor længe I er væk! Medbring mobil, så du har mulighed for at ringe tilbage til afsnittet ved uforudsete hændelser.

Under udgang

Naturligvis kan det blive nødvendigt at improvisere undervejs, men undgå unødige improvisationer. Hav visuel kontakt med patienten under hele udgangen. Har patienten behov for at gå på toilettet under udgang venter du ved indgangen til toiletterne.

Møder I under udgang en medpatient fra afsnittet, må du fortælle den tilstødende at det ikke er hensigtsmæssigt at slå følge, da udgangen er godkendt som én til én.

Husk at påtegne den gule mappe, når I er tilbage i afsnittet og evaluer gerne med patienten, hvordan denne oplevede udgangen, inden du laver et notat.

OBS: Transport af patienter foregår ikke i personalets private køretøjer! Vi benytter tjenestebilen, som parkeres på Sikringens overvågede p-plads. GPS, tank kort m.m. skal forblive i bilen.

Risikovurderinger ifm. udgang

Ved BVC 0 er der ikke observeret adfærd med øget risiko for vold, og patienten har udgang efter gældende individuelle aftaler jf. plejeplanen. Der underlægges altså ikke sanktioner udover det i plejeplanen definerede.

Ved BVC 1 er der let forhøjet risiko for voldsadfærd. Observationsniveauet overvejes og kollegaer informeres. Allerede på dette stadie holder man sig opdateret ift. patientens APG. Videre informerer dagens kontaktperson patienten om, at dets BVC score nu er 1. Med mindre andet taler imod, har patienten udgang efter aftale jf. plejeplanen.

Ved BVC 2 er der forhøjet risiko for voldsadfærd, og særlig plan for patienten skal iværksættes. Denne plan findes nederst i notatet "2PLAN". Evt. udgang skal vurderes i samarbejde med afsnittets plejepersonale samt ansvarshavende sygeplejerske uanset forudgående aftaler. BVC scoren drøftes med patienten. Beslutningen kan foregå telefonisk.

Ved BVC 3 er der forhøjet risikoadfærd, og særlig plan skal iværksættes. Denne plan findes nederst i notatet "2PLAN". Lægen informeres om patientens adfærd og tilstand. Beslutningen om udgang vurderes i samråd med afsnittets plejepersonale og samtidig træffes i samarbejde med den ansvarshavende sygeplejerske og lægen. Beslutningen kan foregå telefonisk. Hvis udgang besluttet skal der foreligge "2N"-notat, hvor lægen begrundet formålet med den

udgang og her tages stilling til den aktuelle risiko. BVC scoren drøftes med patienten, når det vurderes, at informationen ikke er konfliktoptrappende.

Ved BVC 4 er der stærkt forhøjet risikoadfærd, og særlig plan skal iværksættes. Denne plan findes nederst i notatet "2PLAN". Lægen informeres om patientens adfærd og tilstand. Udgang anbefales ikke, og evt. beslutning om udgang vurderes i samråd med afsnittets plejepersonale og samtidig træffes i samarbejde med den ansvarshavende sygeplejerske og lægen.

Beslutningen kan foregå telefonisk. Hvis udgang besluttet skal der foreligge "2N"-notat, hvor lægen begrundet formålet med den udgang, og dokumenter sin stillingtagen til aktuelle risiko. Der skal videre tages højde for andre eventuelle foranstaltninger, der skal iværksættes i afsnittet. Det kan være uhensigtsmæssigt at drøfte BVC med patienten, og derfor er det en individuel vurdering.

Ved BVC 5 er der meget forhøjet risiko for voldsadfærd, og særlig plan skal iværksættes. Denne plan findes nederst i notatet "2PLAN". Lægen informeres om patientens adfærd og tilstand. Udgang anbefales ikke, men hvis udgang skal finde sted er det en beslutning, der træffes i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske og lægen. Beslutningen kan foregå telefonisk. Ved udgang skal der foreligge "2N"-notat, hvor lægen begrundet formålet med den udgang og her tages stilling til den aktuelle risiko. Der skal videre tages stilling til eventuelle andre foranstaltninger, der skal iværksættes i afsnittet. Der skal også overvejes om, skærmning, sanering i effekter eller andre tiltag skal iværksættes for at reducere risikoen for vold. Det kan være uhensigtsmæssigt at drøfte BVC med patienten, hvorfor det må bero på en individuel vurdering.

Ved BVC 6 er der meget forhøjet risiko for voldsadfærd, og særlig plan skal iværksættes. Denne plan findes nederst i notatet "2PLAN". Lægen informeres om patientens adfærd og tilstand. Udgang anbefales ikke, men hvis udgang skal finde sted er det en beslutning, der træffes i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske og lægen. Beslutningen kan foregå telefonisk. Hvis udgang besluttet skal der foreligge "2N"-notat, hvor lægen begrundet formålet med den udgang, og her tages stilling til den aktuelle risiko. Der skal videre tages højde for andre eventuelle foranstaltninger, der skal iværksættes i afsnittet. Der skal også overvejes om, skærmning, sanering i effekter eller andre tiltag skal iværksættes for at reducere risiko for vold. Det kan være uhensigtsmæssigt at drøfte BVC med patienten, hvorfor det må bero på en individuel vurdering.

OBS OBS OBS en forhøjet BVC scoring handler om risiko for vold inden for 24 timer og scoringen er derfor altid gældende i 24 timer. Rammerne for patienten og evt. ændringer i udgang er derfor også gældende i 24 timer efter scoringen. Husk at anføre tidspunkt på Imatis tavlen og juster løbende til gældende højeste score.

HUSK at holde patienternes APG'er opdateret løbende.

Manual for formel skærmning

Definition af skærmning:

Skærmning er et pleje- og behandlingstiltag i psykiatrien målrettet patienter med fare for sig selv eller andre. At patienten bliver skærmet vil sige, at patienten er under konstant opsyn, mens den løbende behandlingen tilpasses patientens individuelle behov.

Formål:

Der kan tænkes manges grader af skærmningstiltag for at støtte patienten. Denne manual har sigte på den skærmning, der foregår i forbindelse med tvang.

Beskrivelserne skal sikre:

1. Meningsfuld pleje til patienter med kompliceret plejetiltag.
2. Ensartning af plejen til patienter med kompliceret plejetiltag.

De følgende afsnit handler om hvordan skærmningen - efter gældende procedure - gøres ensartet og helhedsorienteret og tilpasses patientens individuelle behov.

Indretning af skærmen

Af hensyn til sikkerhed for personalet og patienten samt til personalets arbejdsvilkår vil følgende afsnit afdække regler og procedurer for, hvilke remedier skærmstuen må indeholde, samt hvordan den skal indrettes:

Området overfor skærmstuen og udgangene fra skærmstue og patientstue skal være ryddet og skal sikre, at personale kan komme hurtigt ud og ind af rummene af sikkerhedsmæssige hensyn.

Døren til skærmstuen skal være låst, såfremt denne ikke er i brug.

Skærmstuen er udstyret med et hæve-sænkebord, for at sikre personalet en hensigtsmæssig arbejdsstilling.

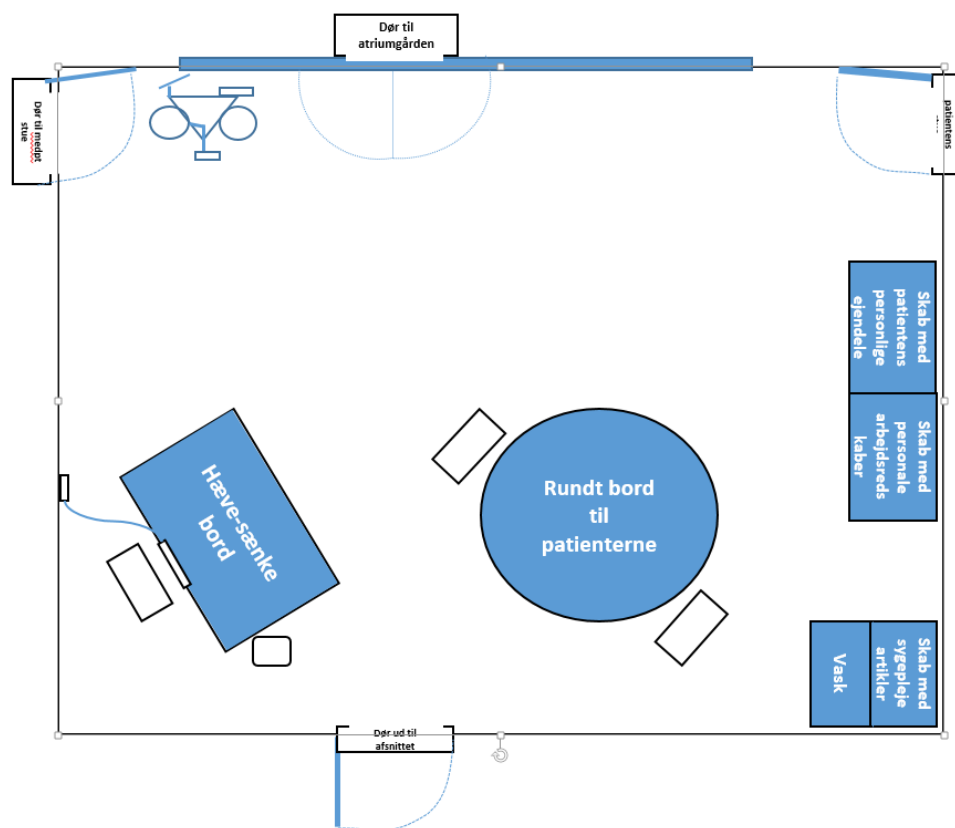
Af hensyn til sikkerheden skal der være så få løse genstande som muligt. Det er tilladt at benytte afdelingens computer og tilhørende oplader på hæve-sænkebordet. Er computeren ikke i brug skal den låses ind i skabet i skærmstuen.

Det runde bord må benyttes til patientens personlige ejendele eller andre effekter der er udleveret af afsnittet, men skal låses ind i underskabet i skærmstuen efter brug.

Sygeplejeartikler til eks. sondeernæring, sårpleje mm. skal opbevares i de aflåste overskabe i skærmstuen. Skabene er angivet med labels for rette indhold.

Personalet i skærmstuen råder over mobiltelefon og en klokke. Liste over telefonnumre er placeret på skabslågen.

Plantegning over skærmstue:



Planlægning og ansvar:

Der skal altid være ressourcer i afsnittet til at et personale kan gå fra til skærmning af en patient. Ved flere skærmninger drøftes ressourcer med 1) leder, hvis denne er til stede eller 2) koordinator, hvis denne er til stede eller 3) ansvarshavende sygeplejerske, hvis denne er til stede.

Kompliceret indsatser er som udgangspunkt ikke en vikar opgave. Skærmningsopgaven løses så vidt muligt af to af afsnittets faste medarbejdere - en primær og sekundær kontaktperson. Hvis muligt varetages disse funktioner af faste kontaktpersoner. Dette skaber tryghed for patienten og kontinuitet i plejeforløbet.

Samtlige faste personaler skal kunne påtage sig skærmningsopgaver. Dog tages der hensyn til graviditet eller anden APV sag.

Vagten i skærmen planlægges af primær- og sekundær kontaktperson imellem - herunder den indbyrdes arbejdsfordeling. Ved tvivlsspørgsmål eller uenighed kontaktpersonerne imellem kontaktes afsnittets koordinator, hvis denne er til stede.

Rigid tidsmæssig organisering af skærmningsopgaven er ikke hensigtsmæssig. Vær fleksibel så opgaver omkring patienten kan færdiggøres, og patienten oplever personaleskift mindre frustrerende.

Det er en ressourcekrævende opgave at skærme patienter og derfor kan kontaktpersonen ikke påtage sig andre samtidige opgaver i afsnittet. Kontaktpersonen med skærmningsfunktionen må kun tildeles én yderligere patient og denne skal være mindre plejekrævende.

Udover den aktuelle status fra rapporten, inkl. ting som endnu ikke er nedskrevet i plejeplanen, har alle som varetager skærmningsopgaven ansvaret for at være orienteret i patientens pleje- og behandlingsplan. Yderligere oplysninger (akutte ting eller hensigtsmæssige strategier erfare under skærmningsopgaven) skal videregives til det faste kontaktteam, som kan revidere plejeplanen om nødvendigt.

Ansvaret for at vigtig informationer om patientens tilstand fastholdes efter et vagtskifte hviler på afgivende personale. For at undgå tab af vigtig information (risikoadfærd, håndteringsstrategier, aftaler mm.) bør overdragelsen foregå uden ekstra mellemlidende rapportgiver.

Primær kontaktpersons dokumentation af behandlingen skal som udgangspunkt foregå i skærmen. Dokumentationen kan uddelegeres til sekundær kontaktperson, såfremt denne har været tilstede i dokumentationskrævende episoder såsom BVC, SOAS mm.

Det er tilladt at udføre administrative opgaver, imens kontaktpersonen har skærmningsfunktionen, så længe opgaven kan varetages samtidig med skærmningen.

Skal primærkontaktperson gå før rapportgivning og der ikke er mulighed for overlap til afløsende personale sørger kontaktpersonen for at klæde rapportgiver på skriftligt eller mundtligt. Skærmtelefonen kan benyttes, hvis kontaktpersonen ikke kan forlade skærmstuen.

For at sikre at skærmningsforløbet tilpasses patientens behov, skal det som minimum én gang i døgnet vurderes, hvorvidt skærmningen er relevant, og om regimet skal revurderes af lægen.

Ved længere skærmningsforløb vurderer kontaktteamet i samråd med lægen om hvorvidt, patienten skal tilbydes fysioterapeutisk- og/eller ergoterapeutisk forløb mhp. yderligere forværring af funktionsniveauet.

Kommunikation under skærmningsopgaven:

Patienten skal altid være vidende om, hvad der ligger til grund for skærmningen og dennes formål. Den transparente tilgang har til hensigt at sikre samarbejde med patienten og modarbejder konfliktoptrapning.

For at patienten oplever sig medinddraget, udformer kontaktpersonen i samråd med patienten, en plan for dagen med udgangspunkt i patientens behov og relevante ønsker. Mobiltelefonen eller klokken kan bruges til at tilkalde assistance af sekundær kontaktperson og mobiltelefonen til at kontakte øvrige personaler. Tænk på at brug af klokken giver kollegaer en ekstra gåtur.

Telefonsamtaler, og samtaler generelt skal kun foregå om den konkrete patient. Dette af hensyn til tavshedspligten og for at reducere stimuli. Af samme grund skal samtaler om emner der ikke vedrører patienten begrænses.

Besøg under skærmning:

Lægen og kontakteamet træffer beslutning om hvorvidt patienten, under skærmningsforløbet, må have besøg af medpatienter og pårørende. Bistandsværger og advokater har altid adgang og besøget skal afvikles sikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Relevante henvisninger i forbindelse med skærmning:

Beskrivelse samt skemaer over: Tvangsprotokol, eftersamtaler, tvangsbehandling med ernæring samt orientering om tvang mm:

<http://d4.regsj.intern/#DokID=334746> (Ligger nederst i dokumentet under referencer)

Observationsskema over væske- og fødeindtag (Ligger nederst i dokumentet under bilag

<http://d4.regsj.intern/#DokID=292042>

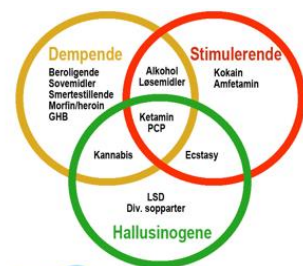
Observationsniveauer ved personlig skærmning:

<http://d4.regsj.intern/#DokID=268317>

Beskikkelse af bistandsværger: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=127199#K3>

Misbrugsbehandling

Den videnskabelige litteratur har verificeret, at op mod 80 % af retspsykiatriske patienter har misbrugsproblematik, og i regeringens udspil på psykiatriområdet fra 2013 påpeges behovet for, at psykiatrien tager hånd om såvel misbruget som den primære sindslidelse. I 2016 indskærper Sundheds- og Ældreministeriet at der skal leveres decideret misbrugsbehandling mens patienter er indlagt



En OS-tilgang til misbrugsbehandling tager udgangspunkt i objektiv kortlægning af misbruget gennem kvantificerbar monitorering af misbrug og evt. aggressiv adfærd samt en ikke-dømmende dialog med respekt for flere grader af succeskriterier. Data er ikke hemmelige og skal deles og drøftes med patienten, således at der etableres et neutralt og objektivt grundlag for dialog. Målet er at give patienten indblik i misbrugets konsekvenser. Succeskriterie er ikke kun ophør af brugen af stoffer. En ændring fra f.eks. helt ukritisk stofmisbrug til mere bevidst og kritisk brug (substitution) er også en succes – ligesom alle former for reduktion skal påskønnes. Data præsenteres nemmest i form af en grafisk opstilling.

Metodisk arbejdes der efter Nationale kliniske guidelines som anbefaler *Den Motiverende Samtale* og *Kognitiv adfærdsterapi*.

I SL8 med OS som metastrategi tænker vi, at samarbejde og personlig udvikling går gennem nogle trin som starter med en god relation - defineret ved ligeværd (ikke det samme som symmetri) - gennem åbenhed og respektfuld kommunikation med en høj grad af



gennemsigtighed (dvs. det står klart for vores patienter, hvordan vi opfatter tingene, hvordan vi handler på vores viden), og ikke mindst holder, hvad vi lover!

Vi tænker derfor, at patientens viden om stoffernes betydningen - ift. det fysiske, psykiske og sociale liv samt støtte til at leve uden forbudte rusmidler - hviler på et fundament af relationsarbejde og evidensbaseret formidling. Vi er tydelige omkring vores forhold til stoffer, og tilsvarende tydelige omkring vores forståelse af, at det ikke er en let sag at ændre på et misbrugsmønster.

OS Misbrugsbehandling – en proces med flere trin

5) Mestring - flere succeskriterier: Fra afholdenhed til skadesreduktion

4) Misbrugserkendelse - motivationspunkt som omsættes til strategier ->

3) Misbrugsindsigt - arbejde med ambivalens gruppe eller individuelt – støtte til refleksion ->

2) Misbrugsforståelse - Kvantificeringsprogrammet som data i input til dialog ->

1) Relationsarbejde - etablere gensidig åbenhed og gensidig "rum for læring" ->

1) Relationsarbejdet

I udgangspunktet har mange af vore patienter dårlige erfaringer med autoriteter fra barndommen: Misbrugende voksne som rollemodeller. Voksne man ikke har kunnet regne med. Voksne som sagde ét og gjorde noget andet. Voksne som ofte benyttede magt ude af proportioner. Voksne som ikke kunne levere tilstrækkelig tryghed endsige interesse. Eller folk som slet og ret var fraværende.

Hertil kommer at de fleste af vores patienter har udviklet en paranoid grundholdning, som ofte byder sig til med fortolkninger, hvis de frustreres eller ikke kan forstå det, som sker omkring dem.

Vores opgave i denne sammenhæng som fagpersoner er 1) at forstå (mentaliseringproces). 2) at tilbyde en anden måde at opleve verden (Vores egen troværdighed på spil gennem Good Clinical Practise) og 3) møde patienten i et nærvær tæt forbundet og balanceret mellem faglighed og personlig engagement.

En slagside af personligt engagement lægger kimen til frustrationer og udbrændthed (noget vi forsøger at adressere gennem supervision), mens faglighed uden bevidst forankring i læsningen af situationen lægger kimen til taktiske fejl og risiko for tillidsbrud i relationen.

Gode relationer bygger på klare aftaler. Patienter med misbrugsproblematik skal informeres om vores ikke-dømmende tilgang samt de grænser der er i forhold til tavshedspligten. Den del af patientens misbrug, der er fortid (inklusive et positivt fund i et aktuelt laboratoriesvar) håndteres som informationer, mens der handles aktivt på rusmidler inde i afsnittet. Fortæller en patient således til sin kontaktperson at han opbevare stoffer på sin stue, ved han at dette for os betyder at vi skal gennemgå stuen. Ligeledes skal patienten vide, at alle former for deling af stoffer med andre patienter i afsnittet anses som skærpende omstændighed og betyde skærmning på egen stue – også hvis flere patienter pludselig er påvirket eller laboratoriesvar indikerer, at stoffer har været delt rundt, vil det udløse indskrænkninger af samvær patienterne imellem i fællesmiljøet indtil forholdene forsvarligt kan normaliseres. Klare aftaler skaber struktur og på sigt forudsigelighed og tillid.

2) Misbrugsforståelse

Den gode relation båret af klare linjer og en ikke-dømmende nysgerrig tilgang har til formål at sætte den negative forforståelse på pause, så patienten oplever at blive hørt og finder anledning til at lytte. Første niveau på vej mod viden og forhåbentlig indsigt og begyndende mestring er data: Med *kvantificeringsprogrammet* får patienter og personale et input til dialogen. Den rutinemæssige (og hermed konfliktreducerede) kontrol skaber et fundament for kortlægning af misbruget (programmet må løbende tilpasses patientens misbrugsmønster) uden at falde i mistillidsdagsorden. Især er det interessant at få en dialog med patienten omkring en evt. sammenhæng mellem BVC-scoringer (eller andre risikotegn) og så tilbagefald i rusmidler. Det er derfor vigtigt på SL8, at vi adskiller risikoen for vold (udløst af stoffer eller andet) fra selve misbruget, at vi således reagerer prompte på alle tegn på øget risiko for vold f.eks. med inddragelse af udgang, men ikke per automatik inddrager udgang på baggrund af et positivt svar i en laboratorieprøve. Er pt. beruset eller påvirket af stoffer inddrages udgangen til tilstanden er normaliseret, hvorefter vi har et grundlag for dialog. Vi noterer os omstændighederne forbundet med tilbagefaldet – data, som kan bruges i dialogen. Er der BVC-scoringer (eller andre tidlige tegn) på aggressivitet, kan patienten tilbageholdes fra sin normale udgang – ikke pga. urinprøven – men pga. øget voldsrisiko (eller anden kriminalitet relevant for dommen). Beslutningen begrundes med, at vi har ansvaret for patienten under indlæggelse og tager dette ekstra alvorligt, når vi bliver usikre på om patienten i påvirket tilstand kan tage vare på sig selv.

Ved stringent adfærd kan personalet håbe på, Data efterhånden bliver til Informationer og baner vejen for Viden, der giver mulighed for at reflektere over sit brug af rusmidler.

3) Misbrugsindsigt

Dialogen på baggrund af udleverede kurver over tilbagefald evt. sammenholdt med beskrivelser fra personalet, BVC scoringer, aflysning af udgange, sammenhæng med forhold i familien el. andet skaber første grundlag for refleksioner hos patienten omkring sit brug af rusmidler eller praksis med selvmedicinering. Har patienten mod på det (tillid til os), kan denne refleksionsproces foregå i gruppe på samme ikke-dømmende facon. I første omgang OS-misbrugsgruppe I, som udelukkende arbejder med patientens motivation og de indlagte udfordringer – i særdeleshed patientens ambivalens. Med udgangspunkt i Den Motiverende Samtale gøres ambivalensen til "motor" for forandring. Patienten oplever at nogle af de generelle beskrivelser (psykoedukative tiltag) begynder at give mening, hvilket baner vejen for yderligere interesse for at blive klogere på sig selv og måske lære andre strategier til psykisk løft end dem stofferne hidtil har stået for. Vi oplever processen som ambivalens og måske zig-zag kurs med tilbagefald, noget der kan frustrere kontaktpersoner, som kan opleve pt. utroværdig.

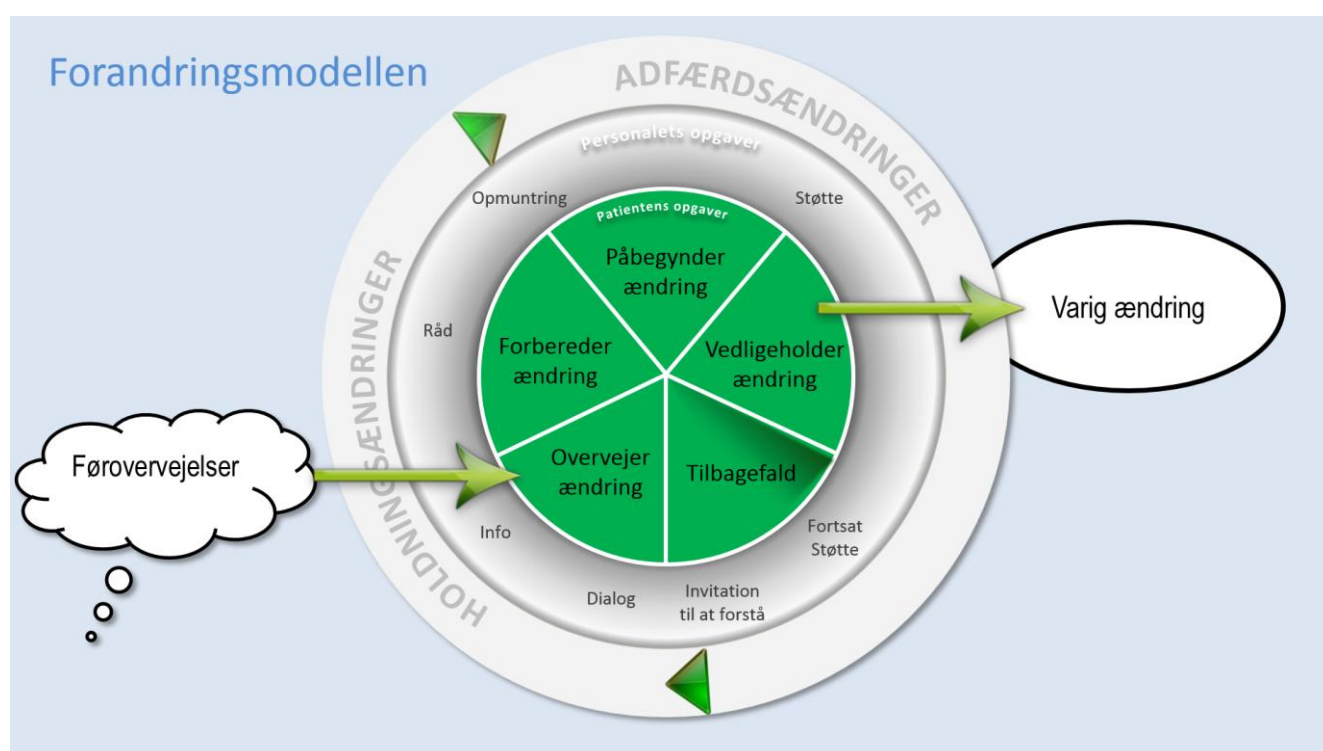
4) Misbrugserkendelse

For nogle bliver det klart, at fordelene med stofferne opvejes af ulemper. Kortlægning af fordele og ulemper kan for nogle patienter betyde, at de motiveres for alvor for ændret adfærd. Psykiske vanskeligheder, som før har været forsøgt dæmpet med stoffer, lader sig måske afhjælpes ad andre veje, medicin f.eks., og der bliver interessant for patienten at afprøve alternativer til stofferne. For nogle bliver det vigtigt helt at afstå fra stoffer, for andre giver det mening at slippe de mest risikable former for misbrug og kun satse på rusmidlet med mindst bivirkningsprofil. For andre igen forbliver ambivalensen uafklaret. Vi kan ikke som fagpersonale anbefale vise typer ulovlige stoffer frem fra andre, men alle positive skridt mod reduceret brug af stoffer anerkendes, og deltagelse i gruppen tæller med mod samarbejdsalliance 2, selv om patienten ikke umiddelbart ser behov for ændring af sin

indstilling. Påpeger risikovurderingen HCR20 en direkte sammenhæng mellem stoffer og aggression vil deltagelse i gruppen ikke tælle som samarbejdsalliance 2 før patienten arbejder med strategier for ændret misbrugsadfærd.

5) Mestringsniveauet

Med udgangspunkt i forandringscirklen - også kaldet motivationscirklen - støttes patienten gennem ikke-dømmende dialog til forberede, påbegynde og vedligeholde adfærdsændringen. På trods af motivation og et gennemgribende ønske om at slippe misbruget kan omstændigheder gøre, at patienten falder i. Den ikke-dømmende tilgang bibeholdes også ved tilbagefald, som anses som anledning til læring og oprustning af hidtidige strategierne eller afprøvningen af nye.



Misbrug - Hands On

- Misbrugsbehandling på SL8 tager udgangspunkt i objektiv kortlægning af misbruget gennem kvantificerbar monitorering (Assessment). For sikker viden benytter vi urinprøver sendt til laboratorie og ikke stix. Vi benytter rutinemæssige monitoreringstiltag for at skabe mindst mulig modstand og undgå konfliktoptrapning.
- Parallelt med denne kortlægning af misbrugsadfærd monitorerer vi løbende for evt. aggression/risikoadfærd (BVC, APG, HCR20 m.m.) Det samlede billede omkring misbrug og risikoadfærd følges op på konference med en datapræsentation og en ikke-dømmende dialog med respekt for flere grader af succeskriterier for ændringer i misbrugsadfærden.

- *Bliver patienten motiveret for egentlig misbrugsbehandling tager vi afsæt i den eksisterende dialog omkring misbrugs konsekvenser – positive som negative – for patientens tilværelse og behandling/dom og støtter patienten mod forandring.*
- *Er der tilbagefald handles der på risikoadfærd (BVC eller andre personlige tidlige tegn på risiko for vold eller anden kriminalitet), mens selve tilbagefaldet italesættes som anledning til at "blive klogere" (reassessment). Dvs. udgang seponeres ikke pr automatik, fordi der har været tilbagefald, men alene på baggrund af aktuell fremadrettet risiko for vold eller andet tilbagefald i ligeartet kriminalitet.*
- *Virker pt. beruset eller påvirket af stoffer inddrages udgangen til tilstanden er normaliseret. For at sikre lavt konfliktniveau afholder vi os fra i situationen at verificere f.eks. gennem ekstra urinprøve eller stix, men overvejer - når tilstanden atter er normaliseret - at skrue op for monitoreringen i behandlingsøjemed. Vurderingen og inddragelsen af udgang begrundes med, at vi har ansvaret for patienten under indlæggelse og tager dette ekstra alvorligt, når vi bliver usikre på, om patienten i påvirket tilstand kan tage vare på sig selv.*
- *Deling eller salg af stoffer til medpatienter i afsnittet anses som skærpende omstændighed og udløser skærmning i forhold til andre patienter. Politianmeldelse overvejes.*
- *Hvis flere pludselig er påvirket, eller laboratoriesvar indikerer, at stoffer har været delt rundt, svares der med indskrænkninger af samvær i fællesmiljøet og patientstuer, indtil det vurderes forsvarligt igen at normalisere forholdene.*
- *Når der ved visitation eller ved stueeftersyn findes euforiserende stoffer (hash, amfetamin mm.), skal disse låses inde i skab til dette i afsnittet. Politiet kontaktes vedr. aftale om afhentning af konfiskeret materiale. Kontakt til politiet foregår gennem overlægen.*
- *Begrundet mistanke om at pårørende indsmugler ulovlige stoffer håndteres med overvåget besøg – evt. med restriktioner på fysisk kontakt.*
- *Alkoholiske drikke er ikke tilladt i afsnittet. Beruselse håndteres som ovenstående.*

Scenarie eksempel

En patient, der ikke deltager i et misbrugsprogram, kommer under mistanke for at have indtaget stoffer.

Da vi bygger vores behandling på tillid, skal der i overstående scenarie kigges i patientens historik. Hvornår har der sidst været mistanke om indtag af stoffer? Hvilke stoffer har der været tale om? Har der været risikoadfærd i forbindelse med indtag af stoffer? Hvad siger patienten selv? Er der ikke umiddelbart en forudgående episode, skal denne patient ikke umiddelbart testes, medmindre lægen finder grund til dette og derfor iværksætter en ordination.

Se også instruks 430049 - Kvantificering af medikamenter i urin, Afsnit SL8, Afdeling for Retsspsykiatri.

Gruppetilbud Misbrug

2 misbrugsgrupper – 3 patientniveauer

En patient, der er visiteret til et misbrugsforløb i gruppe kan deltage på forskellig vis: Er motivationen for forandring ringe, tilbydes patienten Misbrugsgruppe type I, som en gruppe med fokus på kortlægning og positive vs. negative konsekvenser af misbruget. *Der er ikke krav om forandring.* (Dette er svarende til OS-samarbejdsalliance kategori 1, hvor samarbejdet bygger på *deltagelse* i form af dialog).

Patienten kan også være motiveret for at holde sig helt stoffri (har indsigt i konsekvenser og vurderer dem overvejende negative – svarende til OS-samarbejdsalliancekategori 2) men har fortsat brug for støtte fra ligesindede. Her tilbydes Misbrugsgruppe type II, som har fokus på værktøjer til at modvirke tilbagefald)

Endelig er der patienter som er kommet helt ud af deres misbrug (svarende til OS-alliance kategori 3 - psykomestring), som vurderes til at kunne magte - samt har lyst til - at indgå som medunderviser/mentor i grp. type I og II)

Misbrugsgruppe I – kortlægning og motivationsarbejde

Der arbejdes i overensstemmelse med de Nationale kliniske retningslinjer med afsæt i referencerne kognitiv adfærdsterapi (CBT) og Motivational Interviewing (MI).

Gruppetilbuddet udføres af 2 behandlere (minimum 1 med terapeutisk uddannelse og erfaringer med grupper) samt 2-4 patienter (Deltagerne kan være fra SL8 eller ved nærmere aftale også andre afsnit). Der optages ikke deltagere undervejs. Der er afsat 1:15 time til hvert møde i gruppen. Forløbet afsluttes efter 7 gange med deltagerbevis, og kan så udvides med 7 gange mere (osv.) under forudsætning af at der kan aftales et fokus for forlængelsen. Der gives deltagerbevis for hvert tilfredsstillende gennemførte forløb under aftalte overskrift/fokus.

Det første møde i gruppen er en forventningsafstemning med beskrivelse af formålet og rammen. Det klargøres at der i misbrugsgruppe type I, ikke argumenteres for ændret adfærd (populært, den løftede pegefinger), men en undersøgende tilgang. Indholdsmæssigt understøttes denne tilgang via vekslen mellem erfaringsmæssige bidrag fra deltagerne og viden hentet fra fagkundskaben. Der kan inddrages små øvelser, Quiz, musik, film og lydclip der understøtter en åben og ikke-dømmende dialog, hvor patienter og terapeuter får mulighed for at forholde sig til mange forskellige aspekter af misbrugsfeltet. I kronologisk orden er indholdselementerne på det første forløb:

1. Forventningsafstemning (tilkendegivelse via brev-til-mig-selv)
2. Den personlige misbrugsforhistorie (Musik som kickstarter)
3. Fordele ulempe skemaer
4. Psykoedukation (ambivalens og belønningssystemet m.m.)
5. Intro til misbrugsreducerende strategier
6. Statustilkendegivelse. Evaluering af forløb og tidligere forventninger. Forlængelse?

Forløbet afsluttes med en status. "Hvordan kommer vi videre herfra?" Er der blevet grundlag for ændringer i indstillingen til misbruget, støttes patienten i forandringsprocessen med støtte fra kontaktpersoner og afsnittets øvrige plejepersonale. Er der i gruppen et fælles ønske om en forandringsproces med fortsat sammenhold i gruppen, kan gruppetilbuddet forlænges, så motivationsfremmende værktøjer kan afprøves i praksis. Eller man kan gå dybere ned i tidligere

temaer. Gruppen aftaler indholdet for den næste periode– stadig ud fra samme princippet om, at al væsentlig motivation for forandring kommer indefra. Afslutningsvis evalueres hele forløbet, så gentagende forløb kan optimeres.

Misbrugsgruppe II – Tilbagefaldsforebyggelse (åben gruppe)

Der arbejdes i overensstemmelse med de Nationale kliniske retningslinjer med afsæt i referencerne kognitiv adfærdsterapi (CBT) og Motivational Interviewing (MI). Risikosituationer belyses dels gennem gruppesamtale, dels gennem individuelt hjemmearbejde, hvor deltagerne finder musik til at illustrere følelser både positive og negative følelser og i øvrigt befordrende for erindringer relevant for misbruget.

Tilbuddet på SL8 etableres med 2 samarbejdende behandlere - (minimum 1 med terapeutisk uddannelse og erfaringer med grupper) samt 2-4 indlagte patienter. (Deltagerne kan være fra SL8 eller ved nærmere aftale også andre afsnit) Der er afsat 1 time til hver gang. Forløbet er et afsluttet forløb på i alt 7 gange. På deltagerens ønske er der mulighed for at forlænge tilbuddet

Det første møde i gruppen handler om forventningsafstemning med beskrivelse af formålet og rammen. Der veksles mellem erfaringsmæssige bidrag fra deltagerne og forskningsviden, og der kan inddrages små øvelser, musik, film og lydclip der understøtter en åben og ikke-dømmende dialog, og hvor patienter får mulighed for at forholde sig til forskellige aspekter af misbrugsproblematikken, udvikle og afprøve strategier. Der undervises omkring funktionen (og dysfunktionen) af belønningssystemet (dopamin-systemet), og med udgangspunkt i arbejde med fordel-ulempe-skema konsolideres patienternes motivation og handlingskompetencer.

I kronologisk orden er indholdselementerne:

- Rationale og aftaler for gruppen
- Grundlag for deltagelse i Type II gruppe m inddragelse af motivationscirklen
- Fordele ulempe skemaer
- Introduktion til tankefælder (tilladende og bremsende tanker)
- Problemløsningsmodellen
- Mestringskort og -musik
- Ny selvforståelse, når man ikke længere er misbruger

Forløbet afsluttes med en status. "Hvordan kommer vi videre herfra?" Har gruppen et fælles ønske om en fortsættelse, kan gruppetilbuddet forlænges med yderligere 7 sessioner, så håndteringsstrategier kan afprøves i praksis. Der kan her indgå træning i form af eksponeringsøvelser.

Afslutningsvis evalueres hele forløbet, så gentagende forløb kan optimeres.

TVÆRFAGLIGHED I OPGAVELØSNINGEN

"Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej"

K.E. Løgstrup, Den etiske fordring, Gyldendal 1956

Tværfaglighed på SL8

I en OpgaveStyret tilgang tilstræber vi at alle faggrupper høres, og den enkeltes faglighed respekteres. Tværfaglighed bidrager til, at indsatsen omkring patienten bliver helhedsorienteret. Det er den behandlingsansvarlige overlæge, der træffer de afgørende beslutninger omkring patientens behandling.

På SL8 har vi følgende fagprofessionelle:

Pædagog
Ergoterapeut
Fysioterapeut
Socialrådgiver
Psykolog
Social og sundhedsassistent (SSA)
Sygeplejerske
Læge
Musikterapeut

Pædagogens opgaver

(Ansvarlig for opdateringer: Pædagog Susan Nygaard snd@regionsjaelland.dk)

På SL8 deltager pædagogen i konferencer, hjælper med at udarbejde statusbeskrivelser i samarbejde med andre faggrupper.

Som pædagogen har vi et medansvar for, at god behandlingskultur tager form og bliver fulgt op, og vi har fokus på, at patienter oplever at have medindflydelse på deres hverdag i afsnittet.

Pædagogen motiverer den enkelte patient til aktiv deltagelse i fællesskabet, hvor en tryk og forudsigelig hverdag med en fælles struktur har høj prioritet - en hverdag med andre patienter, hvor der også skal tages stilling til vanskelige emner, og hvor patienten får indflydelse, men også skal acceptere fælles demokratiske beslutninger.

En særlige opgave for pædagogen er implementeringen af hverdagsstrukturer, der kan gøde patienternes demokratifølelse, så de lærer at respektere og acceptere andre mennesker. Desuden er pædagogen med til at skabe et rum, hvor forskelligheder kan mødes, og hvor alle kan komme til orde og herved opnå en større viden og indsigt i egen udvikling.

Et andet fagligt fokus er social færdighedstræning, som hjælper patienterne til at verbalt og nonverbalt at kommunikere med andre mennesker på en naturlig måde, og således lader patienterne få erfaringer med, at god kontakt og kommunikation er vigtige elementer i at skabe en god relation. Pædagogen har som metode at være aktiv lyttende, at formidle og udtrykke sig så patienterne lærer at indlede, fastholde og afslutte en samtale.

Igennem den sociale færdighedstræning lærer vi patienten at sætte personlige grænser - sige til og fra. Vi støtter patienten i at give udtryk for usikkerhed og støtter op om at få fokus på ressourcer – vi støtter patienterne i at håndtere uoverensstemmelser – patienterne i mellem - så patienten bliver trænet i at forstå sig selv og det omgivende samfund, hvor formålet er at opnå en bedre forståelse for derved at kunne håndtere verbalt og nonverbalt kommunikationen med medpatienter.

Social færdighedstræning og relationsarbejdet foregår hver dag på SL8 i mødet med patienten. Ved middagssamlingen, patient/personalemøder, måltider og ture ud af huset. Men også i hverdagens daglige rutiner, både i formelle og mere uformelle situationer.

Et tredje vigtigt område for pædagogen er støtten til patientens selvværd, som aktiverer lyst til udvikling af egne kompetencer samt afsøge potentialer.

Som pædagog efterstræber vi synlighed og tydelighed omkring vores andel af det tværfaglige felt. Vi opstiller mål for vores pædagogiske indsats, og i den daglige dokumentation begrundes vi, hvorfor vi gør, som vi gør. Pædagogen har en tilgang til omsorg, dannelse, læring og socialisering, som tager udgangspunkt i arbejdet med resurser, og derfor supplerer vi den sundhedsfaglige tilgang i retspsykiatrien og i samfundet. Via relationsarbejdet skabe et tillidsforhold for derved at kunne skubbe på til en positiv udvikling.

3 ansvarsområder for det pædagogiske arbejde

Middagssamling

Der afholdes middagssamling på ugens fem hverdage i tidsrummet 11.00 – 11.30. Middagssamlingen er et dialogbaseret forum, hvor der er mulighed for at drøfte aktuelle ting af betydning for at være indlagt eller aktuelle problematikker i omverdenen. Patienterne motiveres/ opmuntres af dagens kontaktperson til at deltage i middagssamlingen.

Det forventes at alle patienterne deltager, med mindre der er en anden aftale med deres kontaktpersoner.

Det er hensigten at skabe et åbent rum, hvor forskelligheder mødes, og hvor alle kan komme til orde.

Mål og Metode

Mødeleder byder velkommen og informerer om dato, måned, år samt vejrforhold for det kommende døgn (DMI), hvis det tjener et formål. Kommunikationsformen er orienterende med en afslutningsvis åben, men kort dialog. Vi tilstræber en seriøs og venlig omgangstone, hvor en af gangen taler.

Patienten skal kunne modtage og forstå beskeder i plenum og stille relevante spørgsmål. Patienten skal lære at stille krav til sig selv om aktiv deltagelse samt ansvar for egne opgaver. Patienten skal selv tage stilling til vanskelige emner og acceptere fælles demokratiske beslutninger. Målet er at skabe en tryk og forudsigelig hverdag med en fælles struktur.

Rammerne

Der er altid 2 personaler, der deltager ved middagssamlingen. Vi anbefaler, at elever og studerende også deltager. Middagssamlingen finder sted på SL8 i spisestuen. Spisestuen er et velkendt rum for patienterne. Der er ingen faste pladser ved middagssamlingen. Der informeres om dagligdagens relevante "nyheder". Mødeleder tjekker op på kalenderen og informerer om aktiviteter.

Patient – personalemøde

(Ansvarlig for opdatering: sygehjælper Kirsten Henriksen og Pædagog Susan Nygaard snd@regionsjaelland.dk)

Patient – personalemødet afholdes hver 4. tirsdag kl. 13.15 – 14.15 i spisestuen på SL8. Som udgangspunkt deltager alle patienterne – dagens kontaktperson motiverer den enkelte patient til deltagelse. Vi tilstræber at bevare en seriøs og venlig tone med mulighed for åben dialog.

Pæd. Susan Nygaard og sygehj. Kirsten Henriksen er tovholdere på patient/personale møderne.

Mål og Metode:

At skabe et trygt og forudsigeligt miljø, hvor patienterne kan komme med deres ønsker og ideer til fællesskabet. Der skal være respekt for den overordnede ytringsfrihed – patienterne skal modtage og forstå beskeder i plenum og patienterne har mulighed for at stille relevante spørgsmål – alt sammen gøres i en demokratisk proces.

Det tilstræbes at patienterne har medindflydelse på hverdagen og patientkulturen på SL8. Vi tilstræber en seriøs og venlig omgangstone, hvor en af gangen taler. Patienten skal lære at stille krav til sig selv om aktiv deltagelse samt ansvar for egne opgaver. Patienten skal selv tage stilling til vanskelige emner og acceptere fælles demokratiske beslutninger.

Rammer:

Som minimum deltager en pædagog samt andet personale og eventuelt afd. sygeplejersken. Vi anbefaler at afdelingens studerende og elever deltager, hvor en elev eventuelt kan varetage opgaven som ordstyreren eller referenten. Der er ingen faste siddepladser.

Senest kl. 10.00 samme dag som patient /personalemødet afholdes, hænger personalet dagsordenen til mødet op på den fælles patienttavle (dagsorden udformes ud fra "forslag til dagsorden", som patienterne har haft mulighed for at udfylde på patienttavlen).

Senest fredag efter mødet skal referatet være tilgængeligt for patienterne og personalet. Referatet skal hænges op på den fælles patienttavle, mailes til personale samt gemmes på fællesdrevet

O:\Afsnit\SL8\teamsite\patienter\Patient-personalemøder.

Måltider

(Ansvarlig for opdatering: Pædagog Susan Nygaard snd@regionsjaelland.dk)

Pædagogerne er tovholdere for måltiderne på afdelingen og det tilstræbes, at minimum én af tovholderne deltager ved fælles spising – derudover tilstræbes det også at én af det øvrige plejepersonale deltager, så den sociale færdighedstræning bliver implementeret ud i afsnittet. Der er 3 fælles måltider daglig (se rammer). Sygehjælper Kirsten Henriksen er kostansvarlig og står for bestillingerne i køkkenet.

Personalet agerer som rollemodeller og opretholder almindelige spilleregler i spisesituationerne – pædagogen understøtter og vejleder patienterne til aktivt at bidrage til en god spisekultur.

Dagens kontaktpersoner kigger på afdelingens ugeplan og støtter og guider den enkelte patient.

Patienten har som opgave at rydde op og tørre bord af efter sig selv.

Patienterne har ved et patient/personalemøde vedtaget at de selv rengør mikrobølgeovnen efter endt brug.

Mål og metode

Før hvert måltid vasker patienterne og personale hænder for at undgå spredning af infektioner. Morgenmad bliver kørt ind i spisestuen som "buffet" på et rullebord.

Køkkenpersonalet sørger for, at det kommer ind alle ugens dage kl. 8.00. Plejepersonalet kører rullebordene ud i køkkenet kl. 8.45 mandag til fredag. Lørdag og søndag skal morgenmaden først køres ud i køkkenet kl. 10.00.

- **Frokosten** består af en lun anretning, 2 slags pålæg og råkost som køkkenpersonalet gør klar på rullebord i køkkenet - plejepersonalet henter det, når de har iført sig engangsforklæde samt handsker.
Den ene personale vil stå bag rullebordet (hvor servicen også vil stå på) og servere det patienten ønsker at spise svarende til én portion. Den anden personale vil sidde ved spisebordet blandt patienterne.
Er patienten stadig sulten efter 1 portion, kan patienten komme op til rullebordet og få anden gang, når alle har fået (ca. efter 15 min).
- **Mellemmåltid** kl. 14.00 kan bestå af 1 stykke frugt, samt 1 stk. brød med smør/smøreost eller sandwich med fyld per patient. – derudover kan der være agurk og tomater. Mellemmåltiderne anrettes af plejepersonalet og køres på et rullebord ind i spisestuen til patienterne.
- **Aftensmaden** anrettes af plejepersonalet på et rullebord og køres ind i spisestuen, hvor det serveres for patienterne - Personalet er også her iført engangsforklæde samt handsker – service vil også her stå på rullebordet. Patienterne vil få serveret det, der svarer til én portion, er patienten stadig sulten herefter (efter ca. 15 minutter), kan personalet vurdere, om patienten kan få anden gang. Patienterne kan få mælk eller vand ved dette måltid.
- **Mellemmåltid** kl. 20.00 kan bestå af 1 stykke frugt, samt 1 grovbolle/knækbrød pr. patient – der vil være smør og smøreost på vognen. Derudover vil der være gulerødder til dette mellemmåltid.
Plejepersonalet anretter rullevognen, og den køres ind i ind spisestuen
Hvis der er en patient, som skal have specielkost eller andet, skal dette konfereres med lægen og stå i behandlingsplanen. Alle måltider passer med, hvad køkkenet anbefaler af kcal pr. patient.

Ergoterapi

Ansvarlig for opdatering Linda Jørgensen. Ergoterapeut lj@regionsjaelland.dk

Afsnittet om ergoterapi er en beskrivelse af ergoterapeutens funktion i SL8. Hvilke behandlinger og test ergoterapeuten kan tilbyde og hvilke patienter, der ville have gavn af de forskellige tilbud. Ved den ugentlige konference og i samråd med lægen vurderes og besluttet det om patienten skal tilbydes ergoterapeutisk behandling og hvilken form for behandling den enkelte patient har behov for.

Det er i samråd med læge, socialrådgiver og patientens kontaktpersoner at ergoterapeuten prioritere sit arbejde. Test og undersøgelser kommer i første række, da de ofte skal bruges her og nu i forbindelse med udskrivelser, møder med kommune, jobcenter m.m.

Formålet med ergoterapeutens fagspecifikke behandlinger er at vedligeholde, træne og forbedre patientens funktionsniveau både psykisk, fysisk og socialt samt at etablere nye færdigheder med henblik på at øge handlekompetencer og ruste dem til udskrivelse fra SL8.

ADL

Ergoterapeuten behandler/træner ofte gennem **ADL**- aktiviteter (**Al**men **D**aglig **L**evevis) som skal være meningsfulde for patienten, selvfølgelig inden for de rammer der kan lade sig gøre med retslige patienter.

ADL er fx personlig hygiejne, tøjvask, madlavning og havearbejde m.m., der tilbydes træning i det hele. Formålet med **ADL**- træningen er overordnet at patienten vedligeholder, genoptager eller etablerer dagligdagsaktiviteter med henblik på at øge patientens handlekompetencer bl.a. med henblik på senere udskrivelse.

Gennem disse aktiviteter bliver patienten trænet i diverse kognitive funktioner: at planlægge, strukturere, holde overblik over samt forsætte og gennemføre en aktivitet.

Der trænes **ADL** gennem bl.a. madlavning, hvor en patient handler ind til og kommer med i køkkenet og tilbereder en sund ret sammen med ergoterapeuten.

Patienten og ergoterapeuten finder i fællesskab en opskrift og patienten laver som udgangspunkt en indkøbsseddel. Opskriften tilpasses stedets D4 instruks vedr. madlavning med patienter.

Derudover har ergoterapeuten fokus på at øge patientens forståelse for sammenhæng mellem kost, motion og helbred.

Sanseintegrationsbehandling

Et andet tilbud/behandling som ergoterapeuten kan tilbyde er **sanseintegrationsbehandling**. Denne behandling kan bl.a. afhjælpe patientens nedsatte/dårlige kropsopfattelse.

En dårlig kropsopfattelse kan bl.a. ses ved at patienten går rastløst op og ned af gangen, går ind i ting, har flere lag tøj på, sover med tøj på om natten eller har generel fysisk/psykisk uro i kroppen.

Definition af **sanseintegration** er centralnervesystemets evne til at optage og bearbejde to eller flere sanseimpulser samtidigt og lære at handle hensigtsmæssigt på indtrykkene. Dette er både i forhold til motorisk, forståelse, adfærd og indlæring – også kaldet adaptiv respons. Sanseindtryk kommer både fra egen krop og fra omgivelserne. Sanseintegration omhandler således hjernens evne til at sortere, organisere og bearbejde sanseindtryk samt regulere og modulere, dvs. hæmme eller fremme, information. Reaktionerne (den adaptive respons) kan være af både motorisk, perceptuel, indlærings- og adfærdsmæssig karakter.

F.eks. gør det ondt, når man stikker fingeren ind i et stearinlys. Fordi man ser flammen og stearinlyset og måske hører sin mor råbe 'pas på, du brænder dig', trækker man fingeren tilbage, og resultatet bliver 'at brændt barn skyr ilden'.

Det er vigtigt at det er ergoterapeuten der udføre **sanseintegrations behandlingen** da der er risiko for overstimulation, hvilket viser sig ved at patienten kan blive svimmel, få kvalme, bliver stille eller vred. Det er derfor vigtigt at kunne observere patientens reaktioner og vurdere nonverbale signaler så overstimulation bliver undgået.

Sanseintegrations behandling kan her og nu berolige patienten ved angst eller uro. Det kan også bruges forbyggende, hvor der helst skulle tilbydes behandling hver dag i 6 uger da dette sjældent kan lade sig gøre kan ergoterapeuten lære patienten nogle redskaber til at berolige sig selv eller patienten kan fx tilbydes en **kugledyne**.

Det er ergoterapeuten der står for afprøvning/introduktion af **kugledynen/kugleveste o.lign.** sammen med patienten, da der ved brug af den, er risiko for overstimulering. Disse hjælpemidler er sansestimulerende redskaber.

Der er flere forskellige typer kugledyner med forskelligt fyld, hvorfor det er en individuel vurdering hvilken dyne den enkelte patient har brug for.

Indikationer for brug af **kugledyne/kugleveste** kan være de samme som ved sanseintegrations behandling; dårlig kropsbevidsthed, fysisk uro eller psykisk uro.

Patienten kan låne en **kugledyne/kugleveste** af afsnittet.

Det er ergoterapeuten der står for udleveringen og returnering af **kugledynen/kugleveste**, endvidere er det også ergoterapeuten der står for at sende den til vask efter brug.

Social færdighedstræning

Formål

Forbedre patientens sociale adfærd, øge evne til at forstå både verbale og non verbale kommunikationer i sociale relationer.

Social færdighedstræning handler om: at indgå og deltage i socialt fællesskab, træne at færdes ude blandt mange mennesker, træne at planlægge og gennemføre aktiviteter og træne det at tage stilling til valgmuligheder.

Ergoterapeutens opgave kan være at afprøve eller træne situationer, hvor aktivitetsproblemer kan opstå i den enkelte patients hverdagsliv. Det kan fx foregå i et supermarked eller ved cafebesøg, hvor målet fx kan være, at patienten skal øve sig i at føre ordet, når de skal afgive bestilling eller spørge efter en bestemt vare. Det kan være bustræning, hvor patienten skal øve sig i at sidde blandt mange mennesker.

Træning af **sociale færdigheder** bør altid integreres med praksis, fx kan det at spise et måltid sammen med en gruppe patienter give realistisk mulighed for at vurdere, forbedre interaktiv kunnen og færdigheder hos hver enkelt patient.

Test og undersøgelser

- **COPM – Canadian Occupational Performance Measure**
 - Er et semistruktureret interview, som udføres af ergoterapeuten sammen med patienten. Anvendes til at identificere patientens problemområder indenfor aktivitetsudførelse og vurderer, hvordan patienten prioriterer sine daglige aktiviteter. Redskabet kan blandt andet opfange hvilke ønsker patienten har til aktivitet i dagligdagen og hvilke der savnes, hvilke der ønskes forbedret
 - COPM** kan bruges med henblik på at få motiveret patienten til at få struktur/ indhold i sin hverdag. Ergoterapeuten kan sammen med kontaktperson og patienten lave mål og delmål for behandling. Ergoterapeuten forslår at alle nyankommet patienter får lavet en **COPM** – for at lave mål for behandlingen.
 - Testen** kan også give et billede af om patienten har selvindsigt i egen formåen.
- **AMPS – Assessment of Motor and Process Skill**
 - Testen vurderer hvordan patientens motoriske og procesmæssige ADL færdigheder påvirker patientens evne til at udføre funktionelle dagligdag aktiviteter. **AMPS**-testen er standardiseret med hensyn til validitet og reliabilitet efter Rasch Analysis – metoden og udføres af kalibrerede ergoterapeuter.
 - Der aftales hvorvidt det er relevant at udføre en **AMPS** observation på konferencen
 - Efter endt test vurderes det hvorvidt patienten vil profitere af ergoterapeutisk behandling.
 - AMPS** -test kan også være yderst relevant, når en patient står til at udskrives, da testen siger noget om hvor meget støtte patienten har brug for i sin hverdag. **AMPS** kan være med til at danne grundlag for det videre forløb i kommunen.

- **MoHo –interest checklist**

- Formålet med **checklisten** er at undersøge patientens interesser, så det bliver lettere at vælge terapeutiske aktiviteter, som kan vække og bevare patientens interesse gennem behandlingsprogrammet. Den indeholder 80 punkter. Alle punkterne på listen kan klassificeres som manuelle færdigheder, sportsaktiviteter, social rekreation, almindelige daglige gøremål eller kulturelle/uddannelsesmæssige aktiviteter.

Ved at udføre **interest checklist** sammen med patienten bør det være muligt at udvælge aktiviteter, som vil bevare patientens engagement i behandlingen, så man kan nå de kort- eller langsigtede mål. Det er et godt redskab når patienten er inaktiv og svær at motivere.

Det er vigtigt at ergoterapeutens arbejde bliver formidlet videre til kontaktpersoner da de er en stor del af den samlede behandling. De kan være med at støtte op og videreføre den ergoterapeutiske behandling.

Resultater af div. test vil blive gennemgået med kontaktpersonerne også vidt muligt på konference.

Ellers vil de blive scannet ind i patientens journal under scannet journal materiale.

Ergoterapeutens arbejde i prioriteret rækkefølge:

1. AMPS-test + undersøgelser
2. ADL-træning
3. Sanseintegration

Fysisk aktivitet

(Ansvarlig for opdatering Linda Herschend liit@regionsjaelland.dk)

Afsnittet om fysisk aktivitet er en beskrivelse af de fysiske aktiviteter og tilbud på SL8.

Fysisk aktivitet er et tilbud for alle patienter på SL8, og indgår som en vigtig del af den samlede behandling.

Deltagelse i aktiviteterne aftales mellem patient, kontaktpersonsteam, læge, fysioterapeuten.

Aktiviteterne tilbydes både i form af grupper eller individuelt.

Formålet med fysisk aktivitet er at:

- Indgå som en del af en struktureret hverdag for patienten
- Opretholde/forbedre kondition og muskelstyrke
- Øget kropsbevidsthed
- Reducere angst og uro
- Forebyggelse af livsstilssygdomme
- Bidrage til udvikling af relationer mellem personale og patient
- Udvikling af patientens selvtillid og selvfølelse
- Bedre søvn
- Reducere tvang og brug af PN medicin

Morgengymnastik

"God morgen SL8" er morgengymnastik, hvor der udføres simple øvelser til musik der passer til. Øvelserne er designet til at kunne laves stående i almindeligt tøj og på lidt plads.

Gymnastikken foregår på afsnittet, hverdage mandag-fredag 09:00-09:10.

Fysioterapeuten eller andet personale viser øvelserne.

I weekend og helligdage er der ikke "God Morgen SL8", og der meldes ud om ændringer ved ferie.

Det er ingen andre aktiviteter (samtaler, rengøring, medicin) i dette tidsrum.

Patienter og personale motiveres til at deltage.

Morgengymnastikken har som formål at:

- Indgå som en del af en struktureret hverdag for patienten
- Være en god måde at starte dagen på for alle
- Være et fællesskab mellem patienter og personale
- Medvirke til øget kropsbevidsthed
- Hjælpe til at fysisk aktivitet bliver en større del af hverdagen for patienterne og personale

Individuel træning

Fysisk aktivitet kan tilbydes som individuelle forløb.

Individuelle forløb er relevant hvis patienten ikke kan rumme gruppetilbud, eller har brug for en ekstra indsats omkring sig.

Træningen vil blive individuelt tilpasset til patients mål og niveau, efter de rammer der er sat omkring patienten.

Gruppeaktiviteter

Alle patienter har mulighed til at deltage i gruppetræning, som både foregår på ene eller på tværs af afsnit. Der er udarbejdet en pjece for patienterne, hvor de kan læse om de aktuelle aktiviteter.

Der er faste grupper hver uge, så træningen bliver forudsigelig og med en god dynamik.

Udstyr

Det er fysioterapeuten der har ansvaret for udstyret omkring fysisk aktivitet på afsnittet.

Har patienten brug for at låne udstyr, eller skal der meldes om noget ødelagt og lignende, bedes du kontakte fysioterapeuten. Dette gælder også cykler.

Ved hjælpemidler skal ergoterapeuten kontaktes (kugledyne, kuglevest o.l.).

Samarbejde

For at patienten kan deltage i fysisk aktivitet, kræver dette et stort samarbejde og motivationsarbejde blandt personalet tilknyttet patienten.

Efter at læge har henvist til fysisk aktivitet, vil kontaktpersonteamet og fysioterapeut finde den bedste mulige løsning for patienten.

Hvis patienten har brug for et individuelt forløb sammen med fysioterapeuten, skal dette ordineres af lægen.

Fysisk aktivitet skal indgå i patients ugeplan, hvis dette er aftalt mellem patient/personale.

Er det brug for ekstra vejledning, træning og behandling til patienten, kan fysioterapeuten

vejlede plejepersonalet, for at sikre at patienten for den behandling der behøves. Patienternes aftaler vil også fremstå i IMATIS og pts. Ugeplan.

Fysioterapi

(Ansvarlig for opdatering Linda Herschend liit@regionsjaelland.dk)

Afsnittet om fysioterapi er en beskrivelse af den fysioterapeutiske funktion på SL8.

Der præsenteres undersøgelser og behandlinger fysioterapeuten kan tilbyde, og hvem der ville have gavn af dette.

Ved konference vurderes det og besluttet mellem lægen, patient og kontaktperson om der skal tilbydes fysioterapeutisk behandling, og hvilke form for behandling patienten har brug for. Er der brug for fysioterapeutisk behandling udenom konference, skal dette ordineres af lægen/kontaktpersonteam inden behandlingens opstart.

Fysioterapeuten kan også undervise i behandlingen til patienten, og støtte personalet i at aktivere patienten hvis der er brug for en ekstra indsats omkring patienten.

Psykiatrisk fysioterapi

Psykiatrisk fysioterapi bygger på den forståelses og teoriramme, at der hos den enkelte menneske er en sammenhæng mellem motorisk, kognitiv og psykosocial udvikling og funktion. Mennesket ses som en dynamisk helhed, hvis biomekaniske, neuromuskulære, psykomotoriske og mentale funktioner arbejder sammen.

Ved at styrke og afbalancere kroppens resurser og genetablere kropslig og følelsesmæssige balance og identitet kan patienten blive i stand til at håndtere sin egen livssituation.

Det overordne mål med den fysioterapeutiske intervention er at bedre den psykiske og fysiske tilstand, fremme sundhed, samt forebygge sygdom.

Fysioterapeutisk undersøgelse

Undersøgelsen har til formål at afdække patientens kropslige problemstillinger og resurser. Udredning af kropslige problemstillinger bidrager til at vurdere patients psykopatologi, funktionsniveau og behov for behandling og rehabilitering.

Indledende samtale/Anamnese

Anamnese bliver brugt da dette er et vigtigt redskab for forståelsen for, samt afdække patientens problematikker.

Det er med henblik på at få en indsigt i patientens kropslige klager og oplevelser, kropsopfattelse, og patientens forståelse af egen situation.

I samtalen afdækkes også patientens "KRAMS", og motivation for behandling.

Kropsligt funktion

I psykiatrisk fysioterapi har patienterne, ud over en psykiatrisk diagnose, også specifikke reumatologiske, neurologiske eller ortopædkirurgiske problemstillinger.

Den fysioterapeutiske undersøgelse er derfor bred og omfatter både udredning af psykopatologi og somatiske problemstillinger.

Der bliver bl.a. undersøgt på kropsopfattelse, bevægelsesfunktion, respiration,

muskulært spændings niveau, fysisk aktivitetsniveau, smerter og mentalt nærvær.

Med udgangspunkt i resultaterne af undersøgelsen og patientens forventninger aftales det hvad behandlingsforløbet skal rette sig i mod, og hvad behandlingen skal indeholde.

Fysioterapeutisk behandling

På baggrund af den fysioterapeutiske undersøgelse og efter henvisning fra lægen iværksættes den fysioterapeutiske behandling.

Træning og fysisk aktivitet

Grundet de lange indlæggelsestider, er det vigtigt at tilbyde og støtte patienten i sundhedsfremmende tiltag. Fysisk aktivitet er forebyggende og behandlende af flere somatiske og nogle psykiske tilstande. Fysisk aktivitet tilbydes som gruppeaktiviteter, samt individuelle forløb. Henvisningsårsager kan være inaktivitet, somatiske sygdomme som fx diabetes 2, overvægt, nedsat kondition og genoptræning.

Se også afsnit "fysisk aktivitet".

Kropsterapi

Kropsterapi består af flere elementer.

Afspænding er et redskab for at opnå mentalt nærvær, undgå stress og dæmpe angst.

Formålet er at øge opmærksomheden på kropslige signaler som f.eks. muskelspændinger og respiration.

Grounding er jordforbindelse, personens relation til underlaget. Forringet jordforbindelse har sin baggrund i psykiske faktorer, fysisk smerte eller livsstilsbetingede omstændigheder.

Formålet er at få en mere realistisk kropsopfattelse, samt integrere kroppen i den totale identitetsoplevelse.

Henvisningsårsager kan være forstyrrede kropsoplevelser, uro, angst, nedsat kropskontakt, manglende afgrænsning og somatiske klager på psykisk baggrund.

Der bliver bl.a. hentet elementer fra B-BAT, afspændingsteknikker, mindfulness, sansemotorisk træning og kognitiv terapi.

Somatisk fysioterapi

Formålet med somatiske fysioterapi er, at patienten forbedrer sine fysiske og psykiske funktioner for at blive så selvhjulpne som muligt. Somatiske fysioterapi omhandler ortopædkirurgiske, medicinske eller neurologiske lidelser. Henvisningsårsager kan være muskel eller led skader, genoptræning efter knokkel brud, længerevarende sengeleje, mobilisering af fikserede patienter, overbelastningsskader og respirationsproblemer.

Socialrådgivere

Socialrådgivere i Region Sjælland, afdeling for Retspsykiatri samt Sikringsenheden varetager følgende opgaver:

Ved indlæggelse

- Patientens forsørgelsesgrundlag, bolig-/adressemæssige forhold afklares. Såfremt der skal søge ydelse/flyttes adresse koordinerer socialrådgivere dette sammen med relevante samarbejdspartner.
- Socialrådgiveren forholder sig til hvorvidt patienten har egen bolig, indbo mm. og hvad der skal ske med dette under indlæggelse, samt forholder sig til boligforholdene ved udskrivelse, herunder indskud til bolig.

Under indlæggelse

- Socialrådgiveren udarbejder en social anamnese såfremt lægen anmoder herom.
- Hvis patienten har brug for støtte til et samlet økonomisk overblik, udarbejdes et budget og der kan iværksættes en boligetableringskonto/opsparing samt en administrations aftale hos kommunen i forhold til faste løbende boligudgifter. Der bruges en særlig fuldmagt hertil.
- Gæld, der ydes let gældsrådgivning i det omfang som patienten efterspørger dette, og kan indgå i et samarbejde herom. Der kan indgås afdragsordninger med kreditorer.
- Søger om optagelse til Specialtandplejen såfremt patienten er omfattet af betingelserne.
- Deltager i pårørendesamtaler.
- Løbende indsamling af oplysninger ex. fra tidligere behandlingssteder, kommuner

Konferencer

- Socialrådgiveren deltager i konferencer og bidrager med socialfaglige perspektiver.

Øvrigt

- Deltager i tavlemøder
- Stævningsmand
- Råd og vejledning i social lovgivning
- Kollegial sparring
- Bidrager til ansøgning om økonomisk værge
- Kontakt til Advokatursekretariatet/Politi i forbindelse med iværksættelse af bistandsværge eller ændring heraf.

Udskrivningsforløb:

- Når der på konference er konkluderet at patienten skal udskrives til eget hjem eller anden boform, er det socialrådgiveren på afsnittet som kontakter, kommune, kriminalforsorg, evt. bosted, ROT (Retspsykiatrisk Opsøgende Team) mm for at koordinere den sociale indsats. I forbindelse med konferencen skal der tages forbehold for tidsperspektivet i den koordinerende indsats, og der skal fastsættes en forventet udskrivningsdato.
- I forhold til patienter som er tilknyttet ROT, vil koordinering ske i samarbejde med udkørende sygeplejerske.

- Støttebehovet beskrives i samarbejde med kontaktteamet, og evt. læge, hvilket vil fremgå i udskrivningsaftalen. Socialrådgiveren udsender et skema hvor kontaktteamet beskriver patientens støttebehov. Efterfølgende indkalder socialrådgiveren kontaktteamet til et møde hvor skemaet gennemgås/drøftes.
- Når støttebehovene er beskrevet, gennemgås planen med patienten ved samtale med socialrådgiver og kontaktperson. De beskrevne støttebehov skal fremgå i udskrivningsaftalen. Efterfølgende foretager socialrådgiveren en socialfaglig vurdering med henblik på en konkret social indsats.
- OBS: Kommunen har visitationskompetencen i forhold til evt. social indsats.
- Socialrådgiveren indkalder herefter til et koordinerende møde med relevante samarbejdspartner.
- Til mødet gennemgås udskrivningsaftalen.
- Efter mødet skrives der et beslutningsreferat, jf. Sundhedsaftalen, hvilket skal fremgå i udskrivningsaftalen og sendes pr. sikker mail til relevante samarbejdspartnere.
- Socialrådgiveren følger løbende op på de aftaler der er indgået på koordineringsmødet og sikrer at uafklarede spørgsmål i udskrivningsprocessen bliver afklarede inden udskrivning.
- Ved udskrivningstidspunktet, koordineres sammen med behandlingsansvarlig læge samt patientens kontaktteam, at patienten er henvist til ny behandlingsansvarlig læge, at patientens medicin er ordineret frem til ny behandlingsansvarlig læge kan overtage behandlingen.

Referencer

(Ansvarlig for opdatering Alle)

Danske Regioner, 2011: "Kvalitet i psykiatrien – En ny dagsorden for Diagnostik og Behandling"

Danske Regioner 2011.

"Driftsaftale 2013 Retspsykiatri"

"Virksomhedsplan" Psykiatrien Region Sjælland 2013.

"Brugerstyret Psykiatri" Region Sjælland januar 2010.

"Praksisbaseret forskning i videnskabelende netværk - opdatering 2014." Ramian, K. (2014). Downloades her: [Praksisforskning 2014 v2.pdf](#)

"Den etiske fordring" K.E. Løgstrup, Gyldendal 1956

Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter

Informeret Samtykke: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21075>

Kvantificering af urinprøver benyttet i misbrugsbehandlingen – D4 instruks 430049

Brev 3.6.16 til psykiatrien om misbrugsbehandling fra Folketingets Sundheds- og Ældreministerium

Nationale Klinisk Guidelines fra Sundhedsstyrelsen

Versionsbeskrivelse

Nyeste version af OS-manualen finder du på Teamsite/Patienter/OS/manual. Manualen er et fællesdokument. Ændrer du i indholdet markere du i dokumentet med nyt versionsnummeret (både på titelbladet og i sidehoved) og i nedenstående versionsbeskrivelse skriver du hvilke ændringer du har foretaget.

Versioneringen foregår efter standardprincippet: Ændringer i småtingsafdelingen (hvor man ikke behøver printe en ny version) udløser nyt tal på tredjepladsen x.x.+nyt ciffer.

Nyt indhold eller væsentlige meningsændrende beskrivelser i indhold opdaterer andet ciffer og fjerner tredje ciffer igen. (Du kan så se på konkret ændringsbeskrivelse, om ændringen berøre dit brug, og om du evt. Kan vente med at printe ny version ud), mens redesignet udgaver, fundamentelle ændringer i indhold altid udløser nyt versionsnummer samt sletter andet og tredjenummeret. (Har du en ældre version printet ud, bør den kasseres). Når du printer ud kan du overveje om du af resurse-mæssige hensyn kan nøjes med at printe indtil grafiske guidelines og genbruge de gamle sider af hensyn til miljøet

Version 10.2.1 (snsk) Rev afsnit Mad og Madvogne

Version 10.2 (snsk) Rev Madvogne som er genindsat i indholdsfortegnelse. Skærmmningsmanual fremhævet i indholdsfortegnelsen. OS Guide ændret til OS Manual gennem hel dokumentet. Tips til miljøhensyn under print indføjet i afsnittet Versionsbeskrivelse.

Version 10.1.1 (snsk) Korrektur og mindre rettelser. Referencer opdateret

Version 10.1 (snsk) Rev OS-døgnet, -året, -måneden, Pædagogens opgaver, "Kompetencecenteret" ændret til ROT, Skrifttyper m.m.

Version 10.0 (snsk) Tilføjet Faldgruber Skærmmningsmanual, BVC/Udgang, Safewards grafik, OS-året, Rev. ergoterapi, Misbrugsbehandling

Version 9.2 (snsk) Faldgruben *Sexobjekt* er tilføjet u Værdigrundlaget. Safewards er tilføjet i grafikken "Håndtering af vold og risiko for vold"

Version 9.0 (snsk) Indledn. til konf og tværfagligt samarbejde. Afsnit om patientmidler. Tilføjelser til Konf.struktur/forberedelse. "Det skal du vide om din patient..." Tilføjet mødeemnet "Det vi gør", Grafisk guideline for OS-kultur m.m., Rev. af Rapportgivning. Afsnit om ledsaget udgang

Version 8.9 (snsk) Infografik til patienter, som skal risikovurderes

Version 8.8 (jspe) Retningslinje angående visitering af patienter indlagt på lukket sengeafsnit SL8

Version 8.7 (jspe) afsnit om overvåget besøg tilføjet.

Version 8.6 (soae) Tilføjet afsnit om OS-døgnet samt eksempel på rapport samt skabelon for denne

Version 8.5 (snsk+snd+) Opdatering af afsnittet Pædagogens opgaver samt afsnit om OS-døgnet

Version 8.4 (snsk) Ny grafik "forandringsmodellen"

Version 8.2 (snsk) Aftenidræt indsat i OS-dagen. Grafisk guide "Håndtering af vold"

Version 8.1 (snsk) Nyt afsnit om OS-Hverdagsstruktur, ny illustration for Samarbejdsalliance, Opdaterede grafiske guides.

Version 8.0 (snsk) Flere nye afsnit, illustrationer, ændringer i rækkefølge på indhold og generel gennemskrivning.

Version 7.7 (jspe) Politik for sikkerhed version 6 er nu integreret i OS manualen. - Målgruppe og patientoptag er tilføjet.

Version 7.6 (jspe) Større opdatering af værdigrundlaget.

Version 7.5 (jspe) Misbrugsbehandling revideret.

Version 7.3.1 (jspe) småfejl rettet

Version 7.3. (jspe) Transport / ledsagelse af patienter uden for hospitalets område

Version 7.2. (jspe) Opdatering ang. telefon og info / tavshedspligt og personaletilstedeværelse, adfærd omkring opkørte patienter. (Hands on)

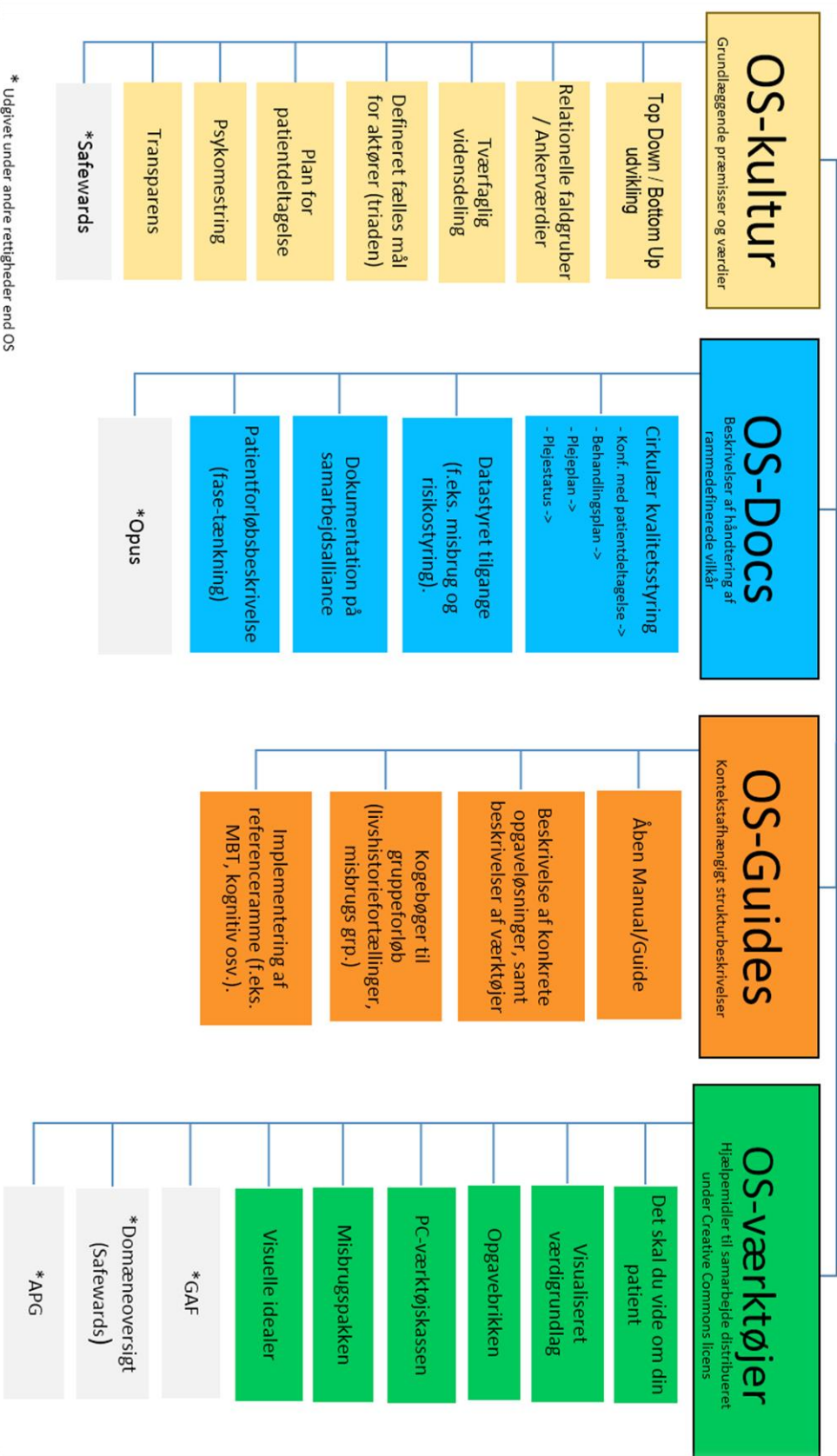
Version 7.1. (snsk) Opdatering af grafik - Triaden - med reviderede betegnelser i patientperspektivet

Version 7.0 (jspe) Opdatering af indholdsfortegnelsen, værdigrundlaget, grafik, samt to nye punkter: Versionsbeskrivelse og "Hands On".

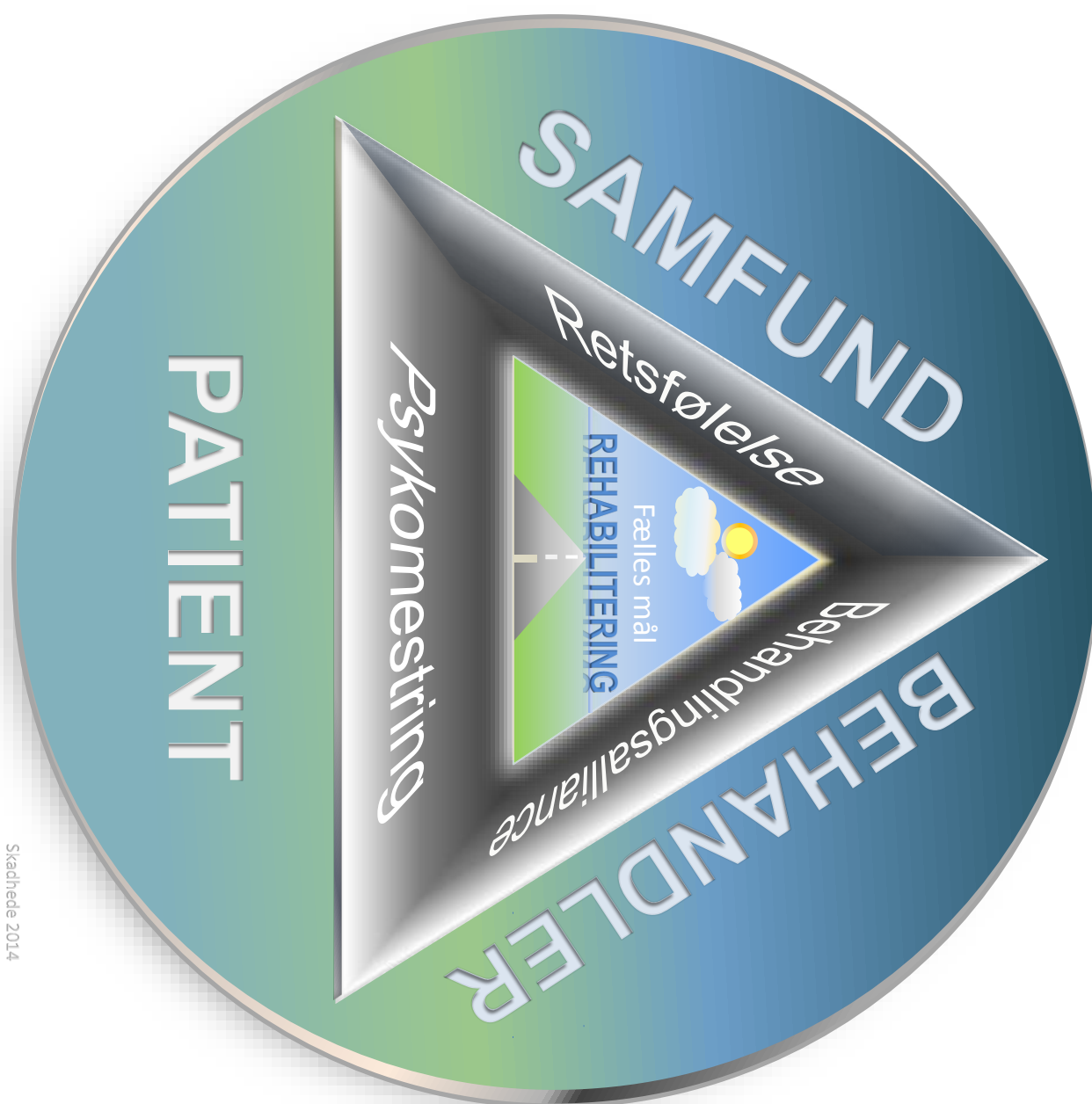
BILAG – OS GRAFISKE GUIDELINES

(Ansvarlig for opdatering Steen snsk@regionsjaelland.dk)

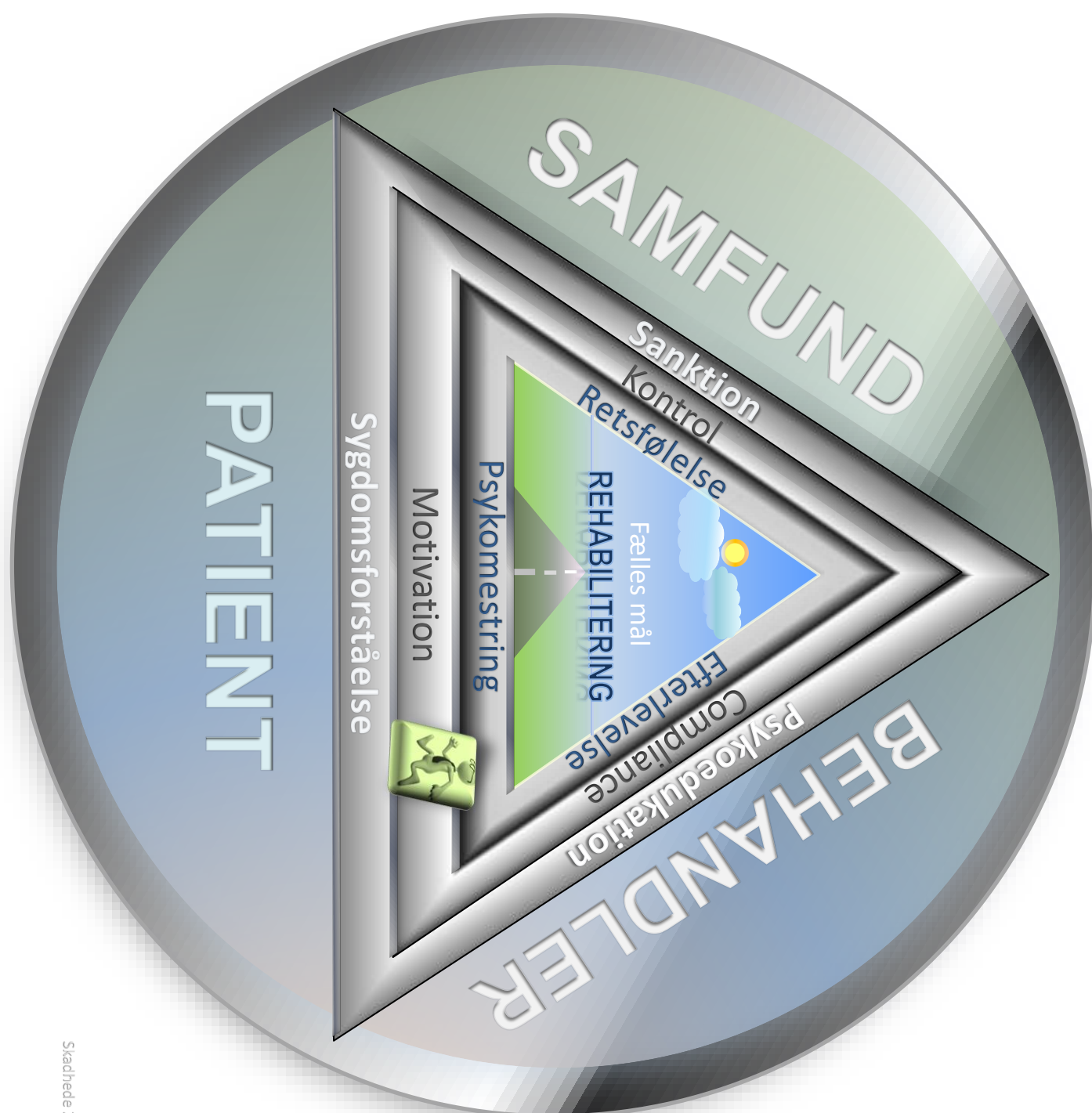
De følgende sider er tænkt som støtte til kommunikation omkring OS-baseret patientbehandling i fora med kolleger eller i kommunikation med patienter. Du kan finde laminerede versioner i reolen i "Dueslaget". Husk, hvis du printer ud fra manualen, at vælge specifik side, så du ikke får hele manualen med...



* Udgivet under andre rettigheder end OS



Skadnede 2014



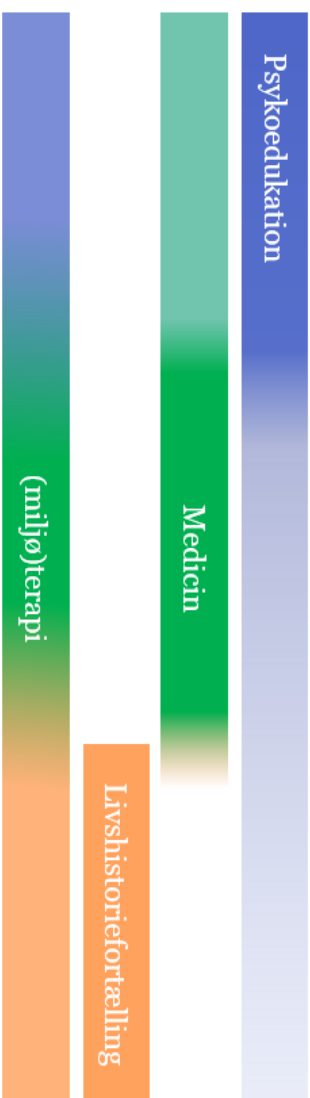


Psykomesetris*

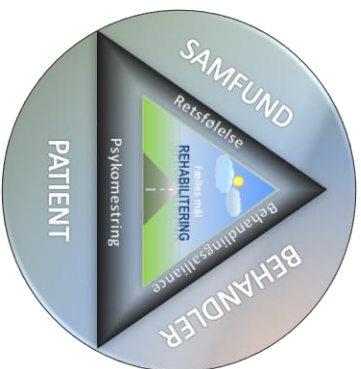
* ... at forstå, bremse og kompensere for psykisk lidelse



RELATEREDE TILTAG I BEHANDLINGEN



OpgaveStyret Retspsykiatri SL-8



Behandlingsfaser

Samarbejde

A Assessment
Dataindsamling & analysefase

- Opbygning af relation
- Indsamle viden om patienten
- Afdække opgaver

Kategori 1	• Deltagelse
Kategori 2	• Deltagelse • Målkonsensus
Kategori 3	• Deltagelse • Målkonsensus • Patientbåret

B Basis
Stabiliserings & Rehabiliteringsfase

- Planlægge medicinsk behandling
- Planlægge miljøterapi
- Opretholde støttefunktion

Kategori 1	• Deltagelse
Kategori 2	• Deltagelse • Målkonsensus
Kategori 3	• Deltagelse • Målkonsensus • Patientbåret

C Closure
Udslusning & afslutningsfase

- Ansvar for egen behandling
- Eksterne aktører
- Afslutning

Kategori 1	• Deltagelse
Kategori 2	• Deltagelse • Målkonsensus
Kategori 3	• Deltagelse • Målkonsensus • Patientbåret

Domsædning

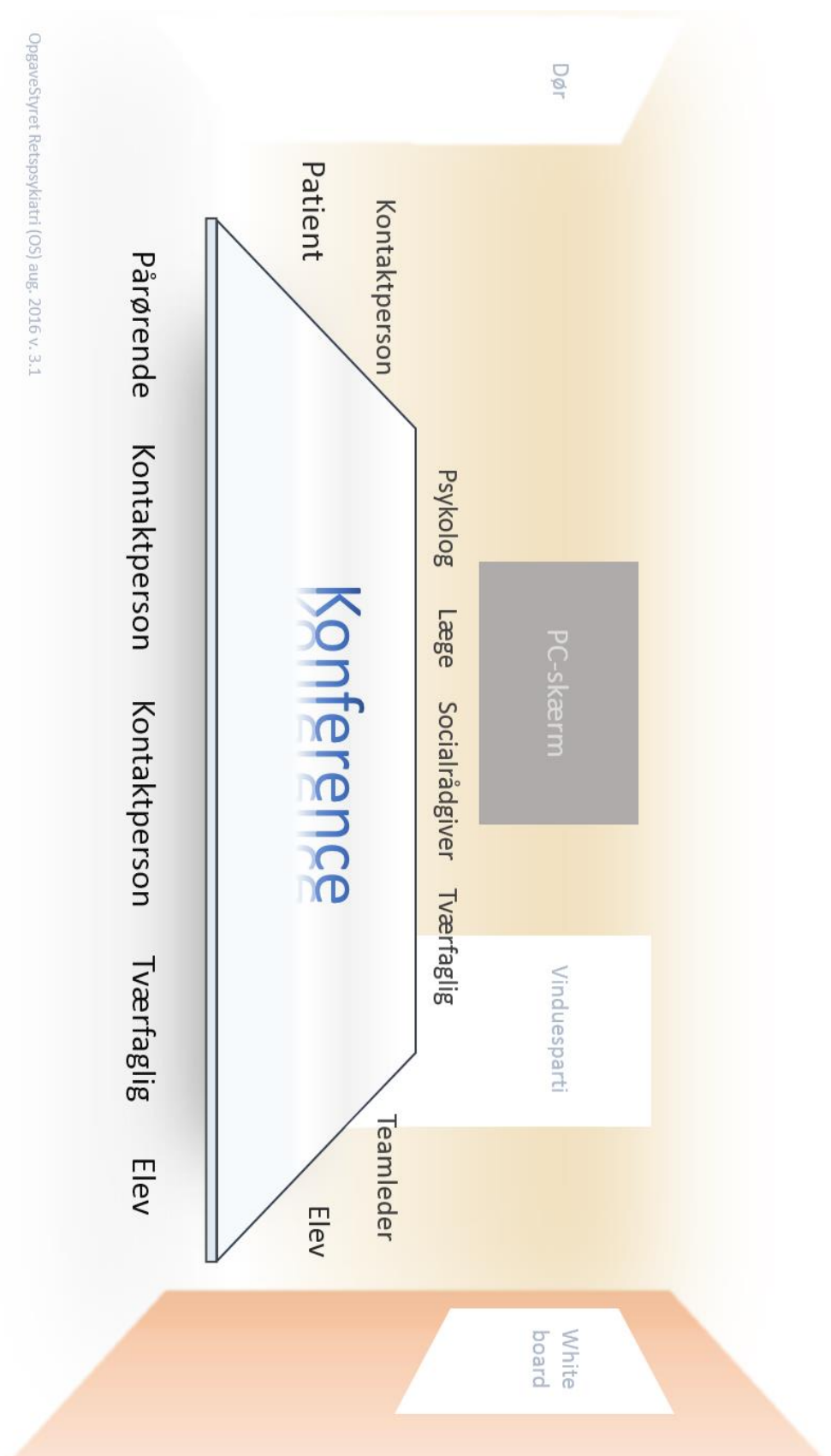
Sygdomsforståelse

- indsigt

- strategier

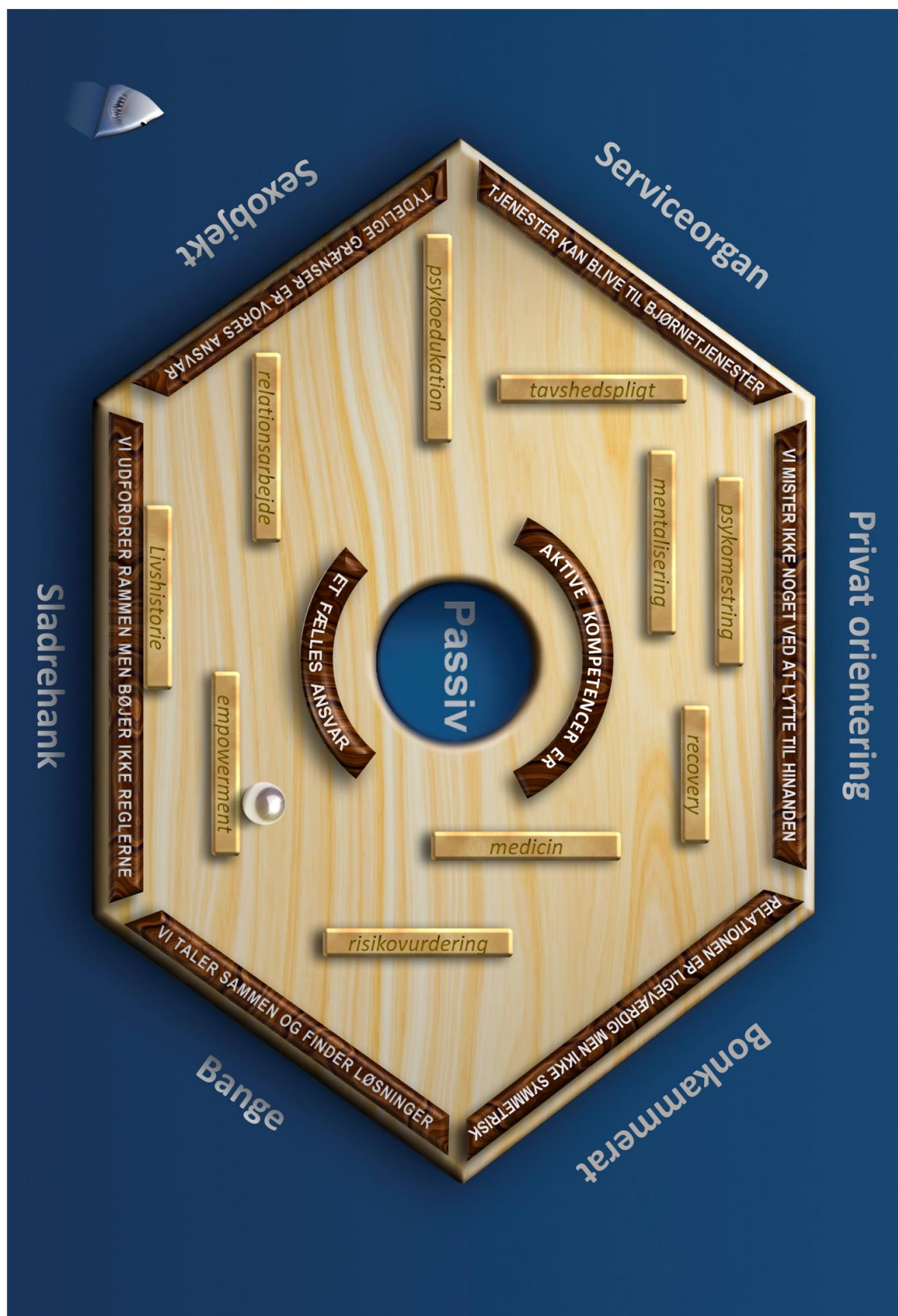
Psykonestring

SL8 konference med patientdeltagelse



SAMARBEJDE





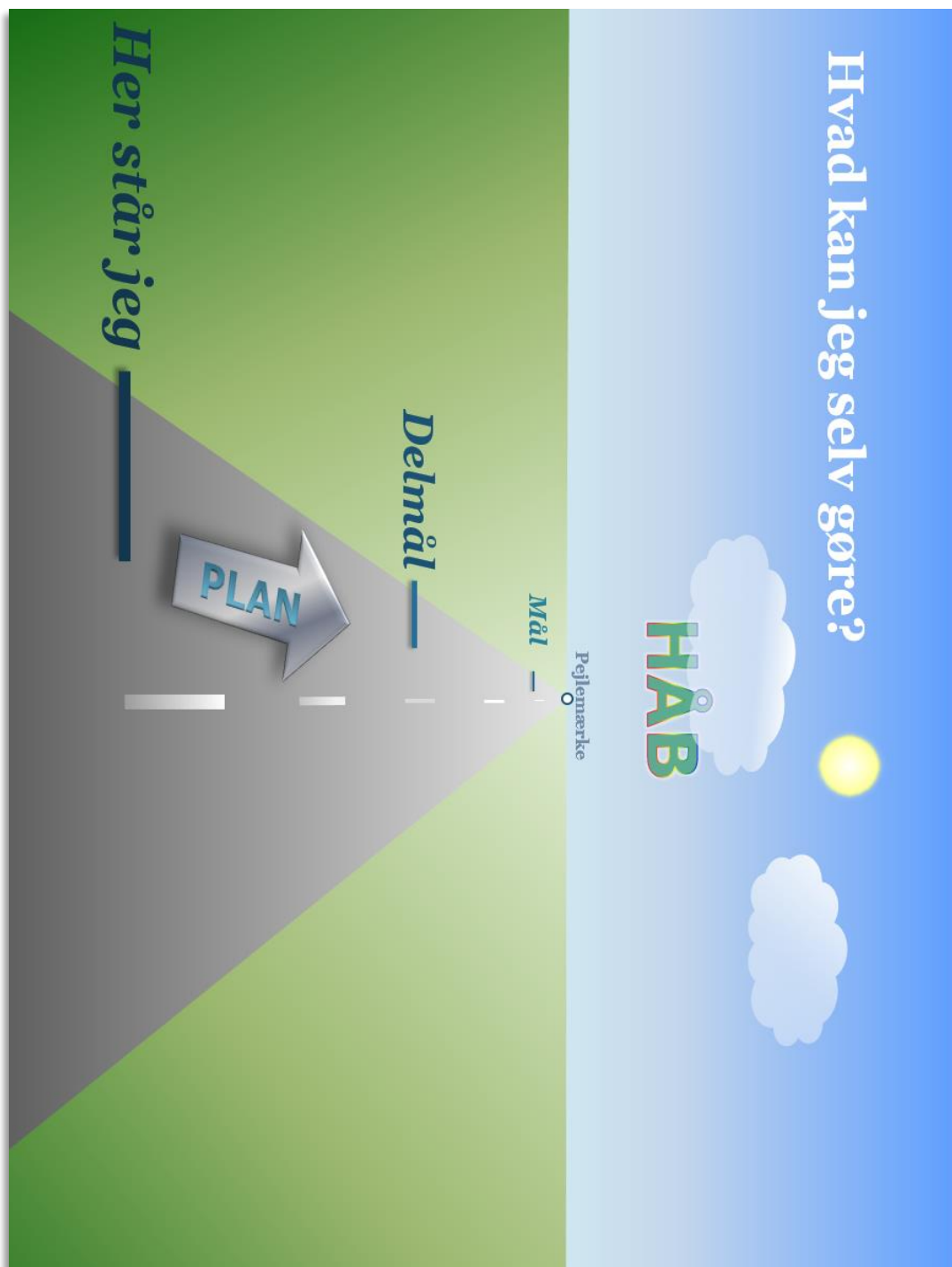


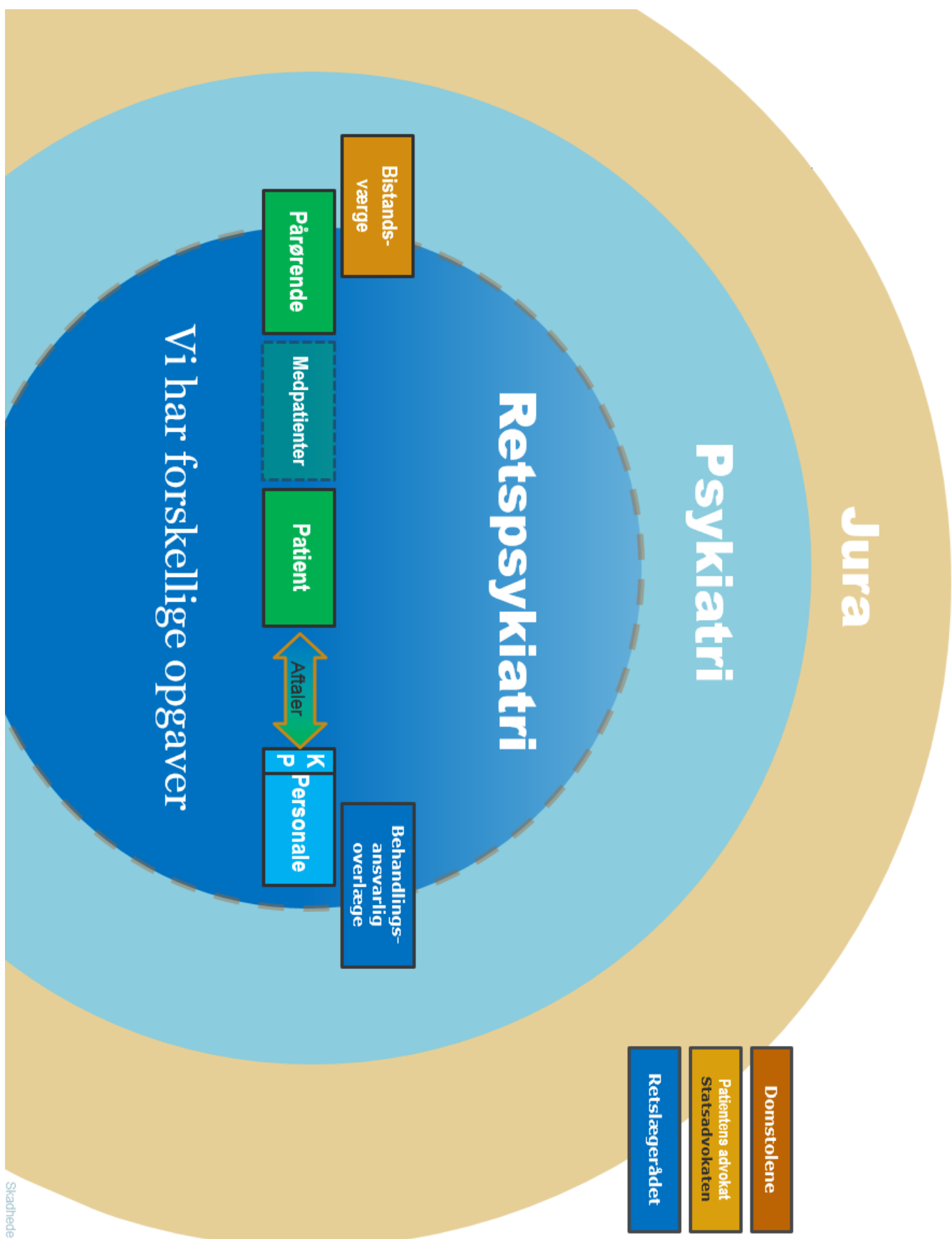
OPGAVE & RELEVANS 1-10 ▼			
Dato	Behandlerteam		
		Patient	
Vi samarbejder om:			
Rollerne er: _____ _____ _____ _____ _____ _____			

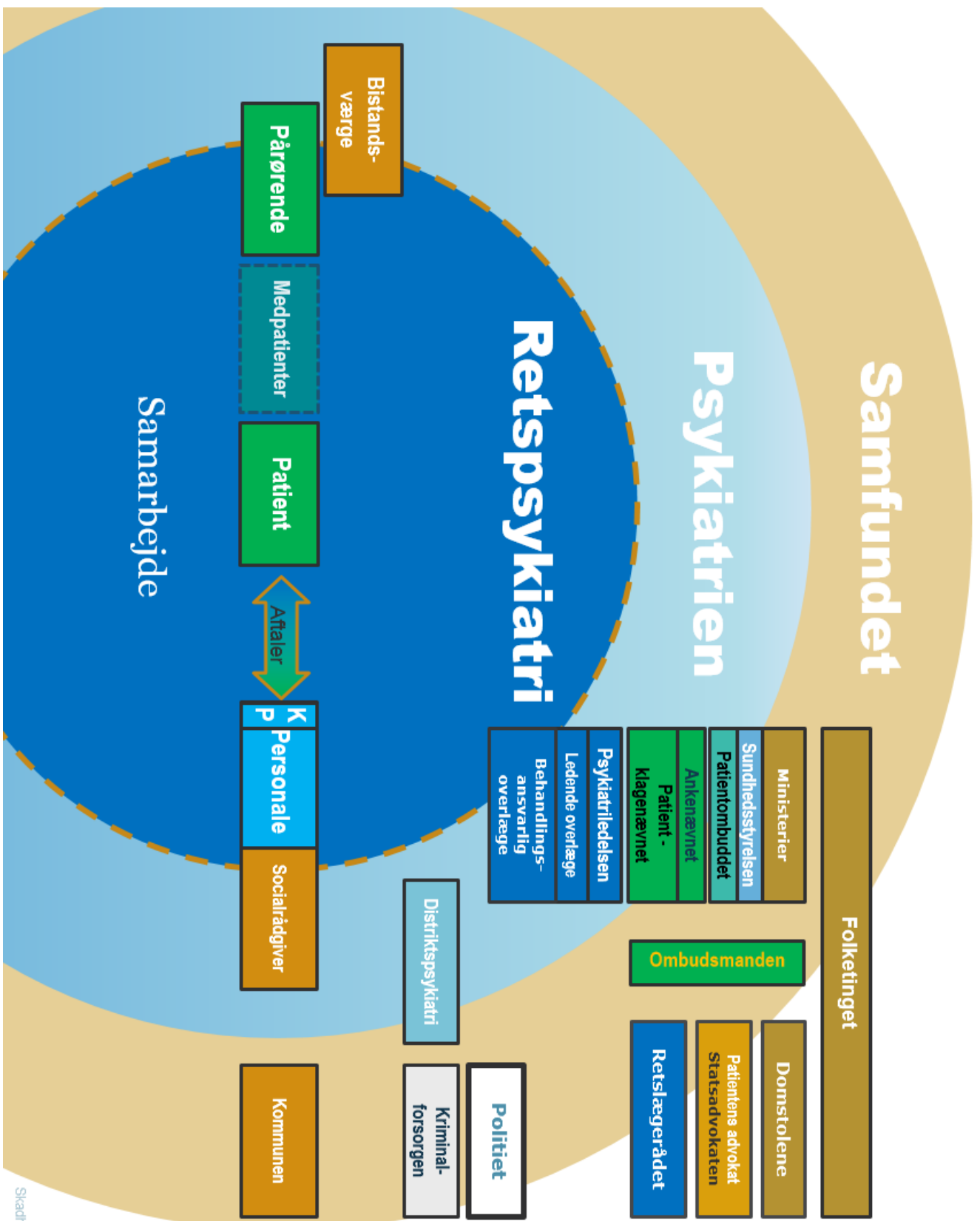
OPGAVESTYRET RETSPSYKIATRI SÅLARBETJENSTEN V. 2.0 (Skudbde 2015)

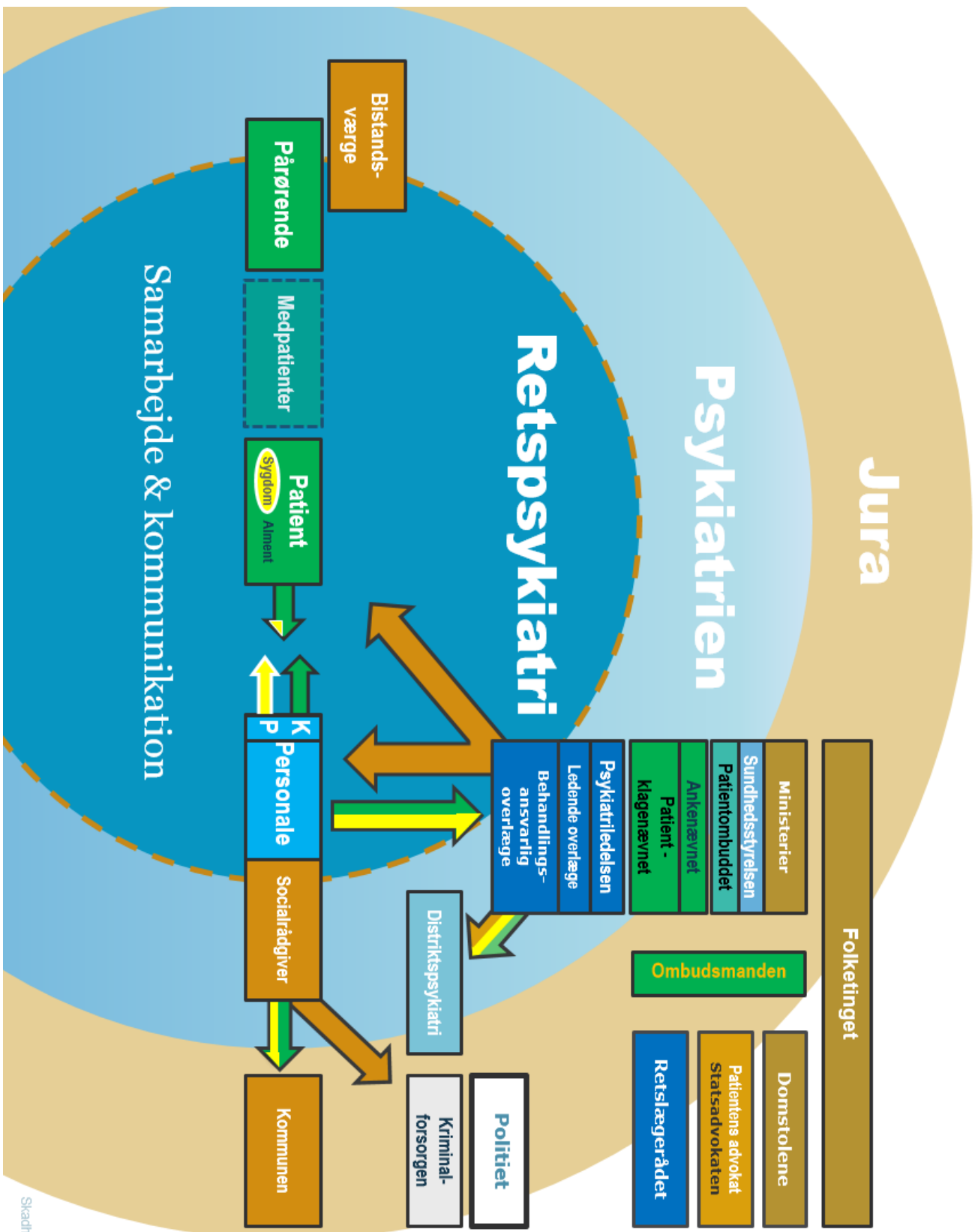
Sådan bruger du brikken: Print 2-5 brikker ud. Udnævn den første til Målet og få patienten til at definere indholdet (Det patienten ønsker at opnå. Klip de øvrige relevante brikker til, så de peger ind mod målet og få talt om relevans og roller mens I udfylder brikkerne. Sæt tape på til sidst og brug evt. patientens mobilkamera til at fastholde kæden, inden brikkæden sættes ind i patientens behandlingsmappe

Målsætning & Samarbejde

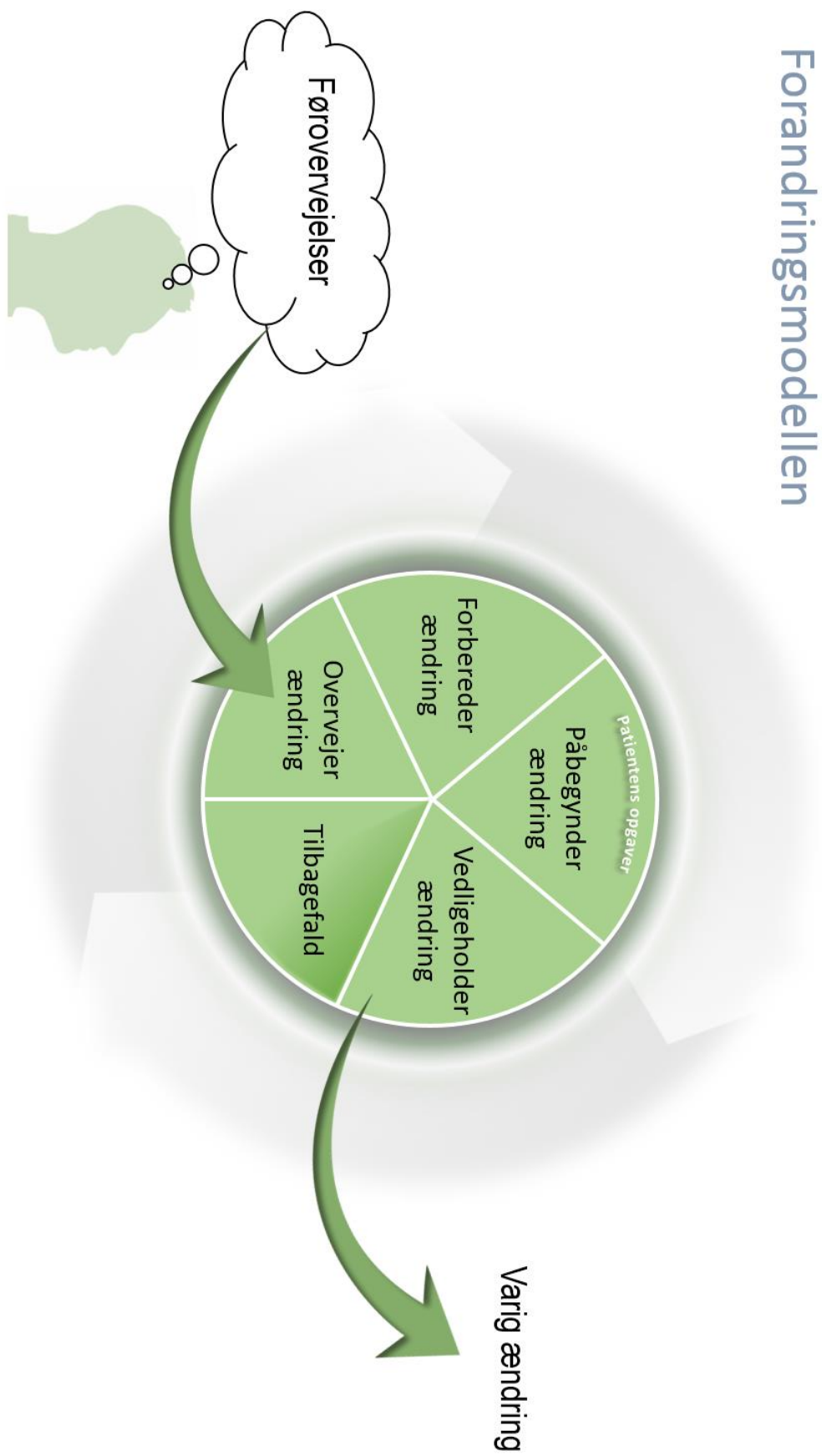


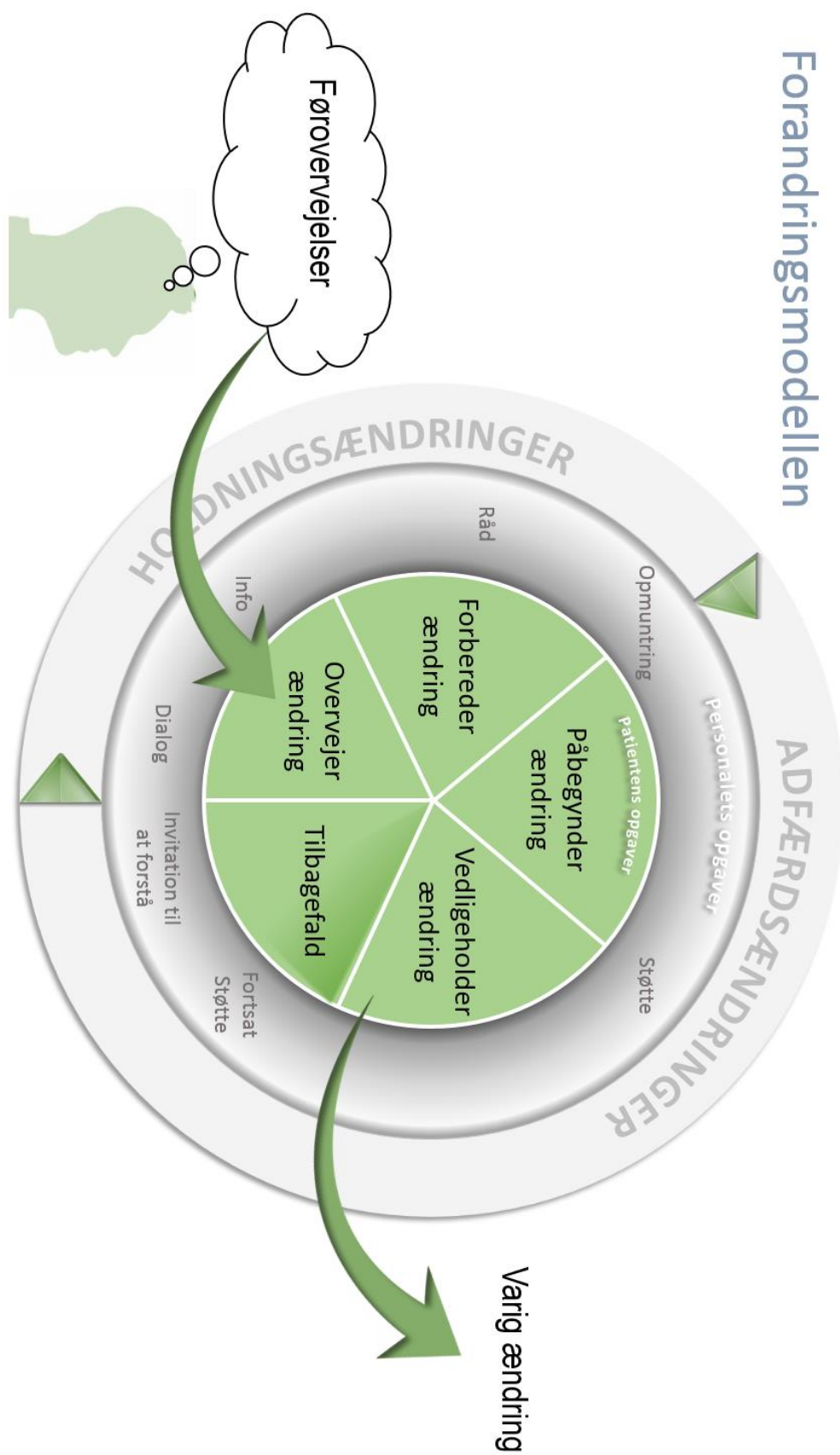




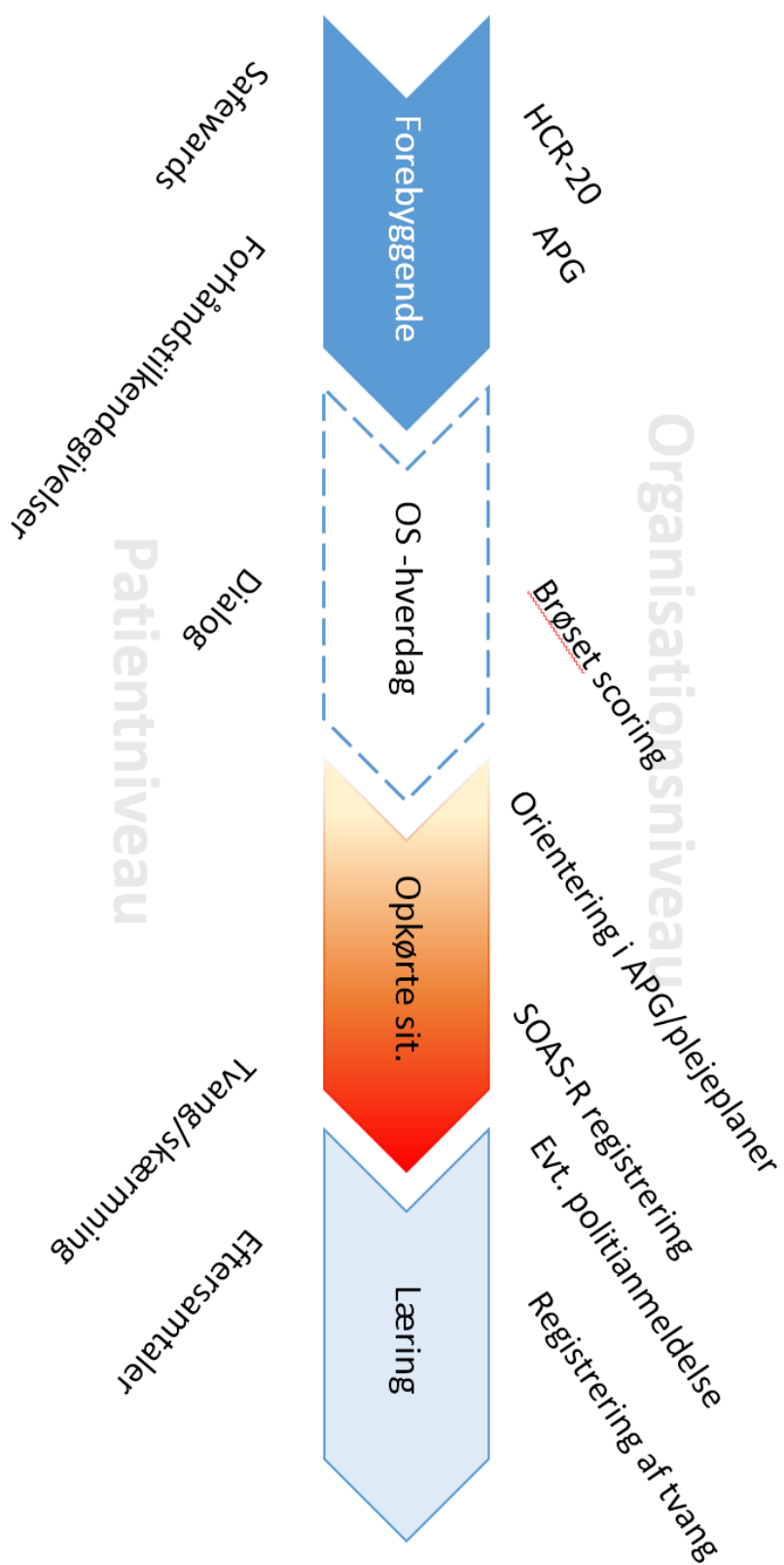


Forandringsmodellen





Håndtering af vold og risiko for vold i SL8



Skal du risikovurderes?

Målet med en risikovurdering er at forstå hvilken vold der rammer hvilke personer af hvilke grunde og under hvilke omstændigheder og forhindre vold ved at iværksætte en handleplan

