**7. Kommunikation og samarbejde vedr. ambulante patientforløb og Socialpsykiatrien**

**Afgrænsning**

Nedenstående fastlægger kommunikation og samarbejde i forbindelse med:

* Psykiatriske ambulante forløb af kortere eller længere varighed

**Forløbsoversigten er opdelt i følgende overskrifter:**

7.1 [Kommunikation ved ambulante forløb](http://regionsyddanmark.dk/wm258550" \l "bm kommunikation" \t "_self)  
7.2 [Kommunikation ved behandlingsforløb](http://regionsyddanmark.dk/wm258550#bm planlaegning)  
7.3 [Kommunikation ved afslutning af et ambulant forløb](http://regionsyddanmark.dk/wm258550#bm afslutning)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7.1** | **Kommunikation ved ambulante patientforløb** | | |
| 7.1.1 | Sygehushenvisning skal ske elektronisk fra praktiserende læge. Oplysninger vedr. medicin kan tilgås via FMK. | | |
| 7.1.2 | Sygehuset modtager henvisningen, og sender senest 8 hverdage (for somatikken senest 2 hverdage) efter en indkaldelse til borgeren om tid og sted for første ambulante kontakt.  Sygehuset fremsender [bookingsvar](http://regionsyddanmark.dk/wm384602" \o "It-kommunikationen mellem sygehusene og almen praksis" \t "_top) til den praktiserende læge. | | |
| 7.1.3 | Samtale med patient og evt. pårørende danner udgangspunkt for diagnostik, pleje og behandling. I vurderingen skal oplysninger fra henvisning anvendes.  Samtalen kan omfatte:   * Patientens habituelle tilstand * Risikoadfærd og mestringsevne /-strategier * Selvmordsrisiko * Information til patienten om forventning til diagnostik, behandling og afslutning af forløbet * Vurdering af patientens behov for støtte i det videre forløb ud fra patientens ressourcer * Oplysninger om [kontaktperson](http://regionsyddanmark.dk/wm384595) (ved 2 eller flere ambulante besøg).   Der tages stilling til eventuelt udvidet koordinering.  Skal der udveksles information med kommunen og evt. pårørende, indhenter sygehuset samtykke til informationsudveksling. | | |
| 7.1.4 | I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde skal man være opmærksom på patientens mestringsevne og ressourcer i nærmiljøet i forhold til:   * Psykiatriske problemstillinger - selvmordsrisiko - risikoadfærd - mestringsevne /-strategier - psykiatriske symptomer * Somatiske problemstillinger * Netværk - privat og professionelt * Særlige forhold i relation til bolig - udsættelsestruede - hygiejniske forhold - økonomi * Behov for socialpsykiatrisk støtte - nuværende behov - ændret behov * Videre forløb - specifikke aftaler med borgeren/patienten | | |
| **7.2** | [**Kommunikation ved behandlingsforløb**](http://regionsyddanmark.dk/wm258550#bm afslutning) | | |
| 7.2.1 | Efter hvert ambulant besøg sendes et ambulant notat til praktiserende læge.  Ved ændringer i den psykiatriske behandlingsplan, erstatter denne det ovenstående ambulante notat.  Kommunen orienteres via ambulant socialpsykiatrisk korrespondance, hvis der er ændringer i forhold til punkt 7.1.4. | | |
|  | **Patienter, der er kendt i det socialpsykiatriske system** | **Patienter, der ikke er kendt i det socialpsykiatriske system** | |
| 7.2.4 | Forud for ambulant besøg kan kommunen med borgerens samtykke sende en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance (link til  nøgleord) med relevante patientoplysninger.  Ligeledes kan sygehuset indhente disse oplysninger.  Løbende orientering til kommunen ved ændringer af kommunal indsats kan være:   * Psykiatriske problemstillinger * Somatiske problemstillinger * Netværk * Særlige forhold i relation til bolig * Behov for socialpsykiatrisk støtte * Genoptræningsplaner * Rehabilitering * Videre forløb   Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer i forhold til ovenstående, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance. | | Hvis der vurderes behov for kommunale indsatser, tages der tidligst muligt kontakt til kommunen via en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance, om oprettelse i det kommunale system, f.eks.:   * Psykiatriske problemstillinger * Somatiske problemstillinger * Netværk * Særlige forhold i relation til bolig * Behov for socialpsykiatrisk støtte * Genoptræningsplaner * Rehabilitering * Videre forløb   Er der akutte ændringer i patientens behov og/eller ressourcer, aftales dette med kommunen pr. telefon og aftaler sendes i en ambulant socialpsykiatrisk korrespondance.  Det er vigtigt, at sygehuset tilføjer borgerens/patientens telefonnummer i den ambulante socialpsykiatrisk korrespondance. |
| 7.2.5 | Imens patienten er til stede på sygehuset, skal sygehuset læse korrespondancer fra kommunen.  Sygehuset læser derudover korrespondancer minimum én gang i døgnet på hverdage.  Kommunen læser korrespondancer på hverdage indtil kl.15.30.  Det er vigtigt at være opmærksom på, at beskeden kan være op til en time om at nå frem. | | |
| **7.3** | **Kommunikation ved afslutning af ambulant forløb** | | |
| 7.3.1. | Sygehuset afsender epikrise i henhold til ”Den gode epikrise” til patientens egen læge senest tredje hverdag efter udskrivelsen i henhold til gældende kvalitetsmål.  Epikrisen kan indeholde oplysninger om:   * Diagnostik og behandling * Udarbejdet af * Årsag til henvisning * Resumé af forløbet * Medicinstatus * Information til patienten * Ikke afsluttede undersøgelser * Sygemelding * Socialmedicin * Efterbehandling * Anbefalinger vedr. ernæring og forebyggelse * Behandlingsredskaber og/eller evt. behov for hjælpemidler.   Ved behov for videregivelse af information før de gældende kvalitetsmål for epikrise, skal egen læge kontaktes pr. telefon i forbindelse med udskrivelsen.  Evt. genoptræningsplan fremsendes. | | |