

Gäller för: Kris- och traumamottagning

Innehållsansvar: Lars Trenning, (lartr), Psykolog spec funkt

Granskad av: Lars Trenning, (lartr), Psykolog spec funkt

Godkänd av: Matilda Vasilis, (maten2), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-05-28

Giltig till: 2026-05-28

Pågående behandlingsärenden på Kris- och traumamottagningen

Syfte

Detta dokumentets syfte är att beskriva gången, inklusive ansvarsfördelning, för pågående behandlingsärenden på Kris- och traumamottagningen (KTM). För remisstäm och bedömning se specifika dokument.

Definition pågående behandlingsärende

En patient påbörjar sin behandlingskontakt med mottagningen efter att den som träffat patienten för bedömning fattar beslut om att patienten hör till mottagningens målgrupp och kan gå i behandling. Den som träffat patienten avgör om ärendet först behöver dras på behandlingskonferens innan beslut fattas. Den som träffat patienten för bedömning ansvarar för att informera remitterande enhet om beslutet, väntetid till behandling och vid behov vilket ansvar som kvarstår hos remittent, exempelvis att ansvar för läkemedelsbehandling och sjukskrivning kvarstår hos vårdcentral. Bedömaren meddelar också sekreterare som sätter upp patienten på väntelista för behandling samt introduktionsgrupp i de fall då det är aktuellt. Sekreterare noterar också ärendet i mottagningens statistikblad. Den som träffat patienten för bedömning står kvar som ansvarig i Asynja Visph fram tills dess att patienten fördelats till behandlare.

Var tredje månad skriver sekreterare ut patientlistor till samtliga ansvariga behandlare för genomgång.

Psykoedukativ introduktionsgrupp

Samtliga patienter där det är möjligt erbjuds introduktionsgrupp som en första behandlingsinsats. Gruppen erbjuds emellertid inte på alla språk; det kan också finnas individuella skäl som gör att introduktionsgrupp inte är lämpligt. Den som haft bedömningsamtalet står kvar som ansvarig i Asynja även under introduktionsgruppen.

Som regel ges introduktionsgruppen två gånger per termin av två gruppleddare enligt rullande schema. De aktuella kursledarna meddelar starttid för nästa grupp i god tid till teamet. Beskrivning och schema för introduktionsgruppen skickas ut till gruppdeltagarna senast två veckor före start. Det är kursledarna som går igenom väntelistan och meddelar sekreterare vilka patienter som ska kallas, vilka tider gruppen ska hållas samt följebrev till kallelse. Sekreterare bokar och kallar patienterna. Om deltagare inte kommer eller hoppar av återkopplas detta till bedömaren som tar beslut om huruvida patienten ska kontaktas för uppföljning. En deltagare som inte kommit till de första två tillfällena avslutas, vilket meddelas patienten. Ärendet läggs då till väntelista för individuell behandling; medicinsk sekreterare meddelas. Nya behandlingsärenden delas ut var tredje månad till medarbetarna utifrån överenskommen kvot. Förväntat är att man på en heltid har minst tjugo bokade besök i veckan och femton genomförda. Tilldelade ärenden för heltid är fyra behandlingspatienter fyra gånger om året. Om man har utrymme för fler patienter förväntas man själv gå till den som har ansvar för väntelistan för ytterligare behandlingsärenden. I samband med fördelningen skrivs den som fått behandlingsärendet in som ansvarig för ärendet i Asynja Visph.

Kallelse för ett första besök skickas till patient inom två veckor efter att man fått ärendet tilldelat sig.

Behandlaren ansvarar för att informera inremitterande om att behandlingen har startats. Praxis på mottagningen är att också återkoppla ärendet till den som gjort nybesöksbedömningen när behandlingen har kommit i gång.

Behandlaren ansvarar för att patienten vid behandlingsstart tillfrågas om deltagande i utvärderingsstudien. Information och samtyckesformulär finns på SOFIA. Där finns också aktuella skattningsformulär att skriva ut om utvärderingen sker i pappersversion. Första mätning sker snarast efter start, därefter var tredje månad.

Om formuläret "Frågor om våld" inte använts vid bedömning ska man be patienten fylla i detta vid något av de första besöken. Svaren dokumenteras under "Hot och våld". Vid pågående våld där det finns risk att förövaren har tillgång till journal bör man dokumentera under "undantag från direktåtkomst".

En behandlingsplanering skrivs in i journal efter några besök (helst efter 2 - 3 besök). Denna bör innehålla en fördjupad bedömning av patientens tillstånd och behov, vilken behandlingsmetod[i] som används, fokus för behandlingen den närmaste tiden, målsättningar, beräknad behandlingstid och tidpunkt för utvärdering av behandlingen. En suicidriskbedömning skall också göras enligt gällande riktlinjer och dokumenteras i journal.

Därefter skrivs sammanfattning av behandling var tredje månad. Inför sammanfattningen fyller patienten i PCL 5. Resultatet återkopplas till patienten och ligger till grund för en utvärdering som görs tillsammans med patienten om hur denne uppfattar behandlingen och dess eventuella resultat.

Sammanfattningen skall innefatta:

- Antal genomförda sessioner samt återbud och uteblivande
- Vad som gjorts i behandlingen
- Uppnått resultat
- Förändringar
- Yttre faktorer som påverkat behandlingen
- Ev. förändrad behandlingsplanering gällande fokus, mål, frekvens och längd
- Psykiskt status
- Suicidriskbedömning
- Tidpunkt för nästa utvärdering

Om behandlingen inte går framåt eller om patienten är tveksam till metoden bör ärendet tas till behandlingskonferens. Man kan då överväga byte av metod eller behandlare.

Om behov finns att koppla in fysioterapeut eller läkare görs detta i första hand direkt med berörd behandlare. Om ärendet är komplicerat eller beslut är av allmänintresse för hela teamet tas frågan till behandlingskonferens.

Om mer än en behandlare är inkopplad på ärendet bör de som är inblandade samråda med varandra minst var tredje månad i samband med behandlingssammanfattning. Avstämningen ska dokumenteras i journal. Vid förändring i planeringen ansvarar huvudbehandlare för att informera övriga inblandade. Detta är i synnerhet viktigt inför planering av avslut.

Ansvar vid behandlares frånvaro

Vid planerad längre frånvaro ansvarar behandlare för att antingen avsluta patienten eller överföra ärendet till annan behandlare. Ansvaret kan föras

över tillfälligt eller permanent beroende på omständigheter. Den nya behandlaren skrivs in som ansvarig i Asynja Visph även då uppföljningsansvaret är tillfälligt.

Vid kortare oplanerad frånvaro, upp till fyra veckor, avbokas patienter utan ytterligare åtgärd förutsatt att det inte utifrån kännedom om patienten bedöms finnas behov av särskilt omhändertagande.

Vid oplanerad frånvaro som är längre än fyra veckor ansvarar verksamhetschef för att de ärenden där den frånvarande behandlaren står som ansvarig omhändertas. Bedömnings- och behandlingsärenden som inte påbörjats fördelas om till annan behandlare vid närmaste behandlingskonferens. Uppgiften att gå igenom pågående ärenden fördelas i första hand till medicinsk och/eller psykoterapeutisk rådgivare. En prioritering görs utifrån patientens behov och kännedom om hur länge ansvarig behandlare kommer att vara frånvarande. För de patienter där ny behandlare tar över uppföljningen skrivs denne in som ansvarig i Asynja Visph. Detta gäller även om man antar att uppföljningen är tillfällig i väntan på att ordinarie behandlare återvänder. För patienter där man bedömer att det är möjligt att avvakta med ny kontakt står ordinarie behandlare kvar som ansvarig i Asynja Visph. Vid genomgång av patientlistor var tredje månad läggs frånvarande behandlares lista till antingen medicinsk eller psykoterapeutisk rådgivare.

Avslut

Såväl avslut av en specifik behandling som när patienten helt avslutar sin kontakt med mottagningen ska dokumenteras tydligt i journal.

Efter behandlingsavslut skrivs en sammanfattning av behandlingen (epikris) där det görs en bedömning av aktuellt tillstånd och behandlingsresultat. I avslutningsanteckningen ska också eftermätning i utvärderingsstudien ingå. Behandlare ansvarar för att tillfråga patienten om uppföljningsmätning efter sex månader.

Vid avslut från mottagningen skriver ansvarig behandlare brev för kännedom till inremitterande senast 14 dagar efter avslut. Om patienten har behov av fortsatt uppföljning är det viktigt att skriva vårdbegäran. Detta görs även i de fall då det är inremitterande som förväntas ansvara för uppföljningen. Patienten ska vara delaktig i vilken information som skickas till inremitterande.

Patienten ska vara delaktig i vilken information som skickas till remittent. Behandlare meddelar slutligen medicinsk sekreterare om avslutet och lägger ärendemappen i dennes fack. Medicinsk sekreterare

avslutar remissen i Asynja Visph, noterar avslutet i statistikbladet och strimlar ärendemappen.

I de fall då behandlingen inte kunnat slutföras men behandlare överväger nytt behandlingsförsök vid ett senare tillfälle ska ärendet först dras på behandlingskonferens. Vid beslut om att patienten kan erbjudas nytt behandlingsförsök på mottagningen vid ett senare tillfälle ska skälen för detta inklusive vilka förutsättningar som behöver komma till stånd för att nytt behandlingsförsök ska bli aktuellt noteras noggrant i journal. Ärendet avslutas vid mottagningen och inremitterande informeras om möjligheten till och förutsättningarna för ny remiss.

I särskilda fall kan patienten ges möjlighet att höra av sig till behandlare efter avslutad behandling för något enstaka uppföljande samtal. Även denna överenskommelse skall vara tydligt dokumenterad i journal.

Tillägg

Barnperspektivet skall beaktas i alla ärenden som behandlas på mottagningen.

Möjligheten till anhörigstöd finns på mottagningen och patienter informeras om detta som rutin.

Om patienten har kontakt med socialtjänst skall SIP alltid övervägas.

Om patienten har varit utsatt för tortyr kan en utredning enligt det så kallade Istanbulprotokollet genomföras. [ii]

Ansvar och uppföljning

Samtliga medarbetare ansvarar för att rutinen följs i arbetet med behandlingsärenden. Verksamhetschef ansvarar för att rutinen utvärderas årligen.

[i] För aktuella behandlingsmetoder som används på Kris- och traumamottagningen se lokal rutin för detta.

[ii] Se särskild lokal rutin för detta.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kris- och traumamottagning

Innehållsansvar: Lars Trenning, (lartr), Psykolog spec funkt

Granskad av: Lars Trenning, (lartr), Psykolog spec funkt

Godkänd av: Matilda Vasilis, (maten2), Verksamhetschef

Dokument-ID: RHS9926-1306825477-54

Version: 4.0

Giltig från: 2024-05-28

Giltig till: 2026-05-28