



## Case 1

47-årig skizofren mand med KOL indlægges kl. 22 om aftenen i PAM pga. forværring af hans psykose muligvis pga. medicin svigt, men hans gamle mor er også syg og indlagt på sygehus. Forvagten ordinerer patientens sædvanlige medicin.

Næste dag gennemgås patienten af specialpsykolog i PAM og det besluttes, at patienten har brug for indlæggelse, så på middagskonferencen findes der en stationær plads til ham på et sengeafsnit.

Dagen efter gennemgås patienten af afsnittes faste specialpsykolog, denne er usikker på om patientens somatiske tilstand er tilstrækkeligt undersøgt men søger i første omgang for bestilling af basis blodprøver og EKG. Der er foretaget en lidt kortfattet somatisk undersøgelse af forvagten.

Specialpsykologen beslutter, at det er ok nogle dage og se om vanlig medicin stabilisere patienten og vil drøfte det på først kommende behandlingskonference, hvor afsnittes overlæge er tilstede. Specialpsykologen udfærdiger en behandlingsplan sammen med patienten.

Da patienten skal udskrives, står specialpsykologen for udskrivningssamtalen og epikrise. Da specialpsykologen kommer i tanke om, at der skal afstemmes medicin i FMK, er afsnittes læge taget til møde. Specialpsykologen leder efter en læge, men må ende med at ringe til forvagten, som bliver irriteret over at skulle afstemme FMK på en patient, som vedkommende ikke kender.

### Spørgsmål til overvejelse i grupperne:

- Når det som i dette tilfælde er en specialpsykolog, der laver gennemgangen både i PAM og i sengeafsnittet, hvordan sikres der så tilstrækkelig fokus på somatikken?
- Skal speciallægen se alle nye patienter i sengeafsnittet? Eller kan vedkommende godt ændre medicinsk behandling på specialpsykologens vurdering?
- Kan der laves arbejdsgangsbeskrivelser, der sikrer vurdering og beslutning angående somatik og medicin?
- Hvordan er ansvarsforholdet med patientforløbet?
- Hvordan kan speciallægen og specialpsykologens samarbejde gøres optimalt?