



Prosedyrer for psykisk helsetjeneste i Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk

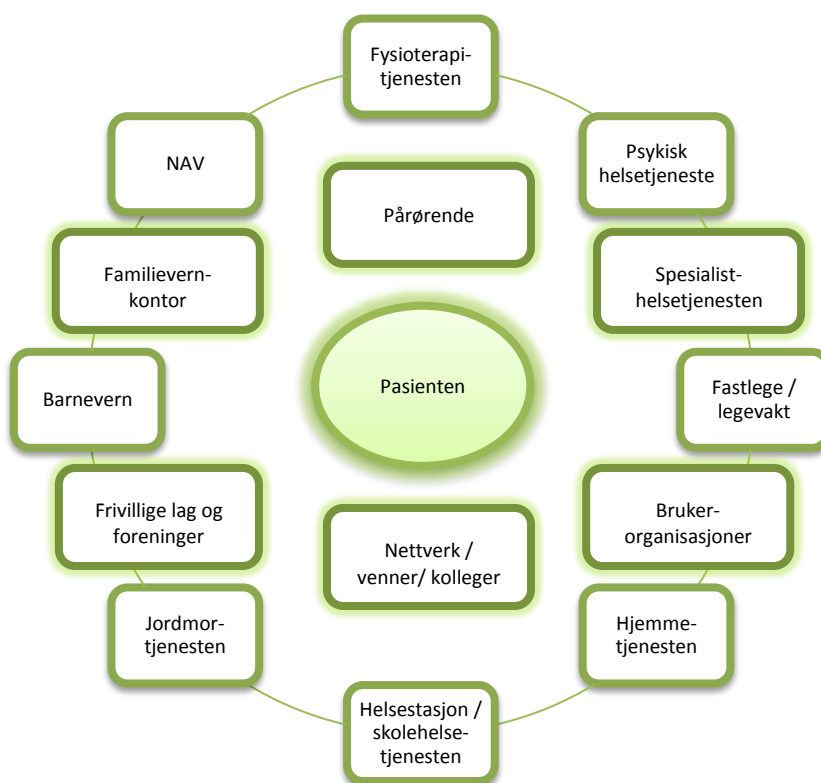


Foto: Ane Holen Lorentzen



Innhold

Innledning.....	3
Ansvar og kompetansekrav	3
Hjemmel og referanser	3
Prosedyrer for flere tjenester – inkludert psykisk helsetjeneste	4
Vold i nære relasjoner	4
Psykososiale tiltak ved kriser, katastrofer og ulykker	4
Frisklivstjenester	4
Smittevern	4
Prosedyrer for psykisk helsetjeneste	5
Inntak	5
Inntakssamtale – kartlegging	6
Behandlingsplan	7
Journalføring – dokumentasjon	8
Når pasienten ikke møter til time	9
Oppfølging av pårørende og ivaretagelse av barn som pårørende	10
Samarbeid med andre tjenester og viderehenvisning	12
Individuell plan, personlig koordinator og ansvarsgruppe	13
Oppfølging ved selvmordsrisiko	14
Terapeutiske hjelpemidler	15
Angstlidelser	16
Depresjon	17
Psykoselidelser	18
Behandling oppfølging rusproblem/avhengighet	19
Avslutning av behandling	21
Sikkerhet til de ansatte	22
Medikamenthåndtering	23
Vedlegg	25
Skjema: Henvisning til psykisk helsetjeneste	26
Skjema: Kartlegging - inntakssamtale	27
Nettverkskart	28
Skjema: Behandlingsplan	29
Kriseplan	30
Mal: Avslutningsbrev	31
Husk barnet!	32
Barnets trygghetsplan	34
Min trygghetsplan	35
Endringshjul med veileder	36
Endringshjul	37



Innledning

Utarbeidelse av prosedyrene for psykisk helsetjeneste* var en oppfølging av tiltaksplanen i fagplan for arbeid med psykisk helse og rus, og følgende deltok i arbeidsgruppe som utarbeidet første utgave: Håvard Svestad (Lom og Skjåk), Guro Frydenlund (Vågå), Synnøve Solstad (Sel), Irene Amundgård (Dovre), Liv Enstad (Lesja), Helge de Presno (regional ruskoordinator) og Hege Lorentzen (regional koordinator i samfunnsmedisin). Arbeidet med prosedyrene var forankret i 6K helse.

Prosedyrene ble sendt på høring til kommunale samarbeidspartnere, brukerorganisasjoner og DPS. Kommuneoverlegeforum ble orientert om prosedyrer og prosess med mulighet for å gi tilbakemelding. Innspill ble vurdert av arbeidsgruppen før ferdigstillelse og godkjenning.

**Psykisk helsetjeneste brukes i prosedyresamlingen. Tjenesten har pr. i dag flere navn i regionen inkludert psykisk helsetjeneste, psykisk helsearbeid og psykiatrisk sykepleier.*

Ansvar og kompetansekrav

Prosedyrene skal brukes av alle ansatte som har pasientrettet arbeid i psykisk helsetjeneste. De ansatte skal som hovedregel ha videreutdanning innen psykisk helsearbeid og/eller rus på høyskolenivå i tillegg til grunnkompetanse som helsearbeider eller treårig høyskole innenfor helse- og omsorg. Dersom de ansatte ikke tilfredsstiller overnevnte kompetansekrav, har fagansvarlig av tjenesten ansvar for å definere hvilke oppgaver den ansatte skal kunne utføre – og sørge for veiledning.

Hjemmel og referanser

Videre følger hjemler og referanser som gjelder de fleste prosedyrene. Der det er spesielle referanser eller kompetansekrav for en prosedyre, i stedet for eller utover overnevnte, er de nevnt i den aktuelle prosedyren.

Hjemmel

- [LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\).](#)
- [LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#)
- [LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)
- [LOV-2014-06-20-42: Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp \(pasientjournalloven\)](#)
- [FOR 2000-12-21 nr 1385 Forskrift om pasientjournal](#)
- [FOR-2011-12-16-1256 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [LOV-1967-02-10 Forvaltningsloven](#)

Referanser

- [Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjeneste. \(2014\)](#)

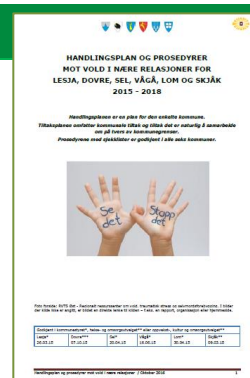


Prosedyrer for flere tjenester – inkludert psykisk helsetjeneste

Vider følger en oversikt over planer og prosedyrer som er utarbeidet for flere tjenester – inkludert psykisk helsetjeneste - i Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk.

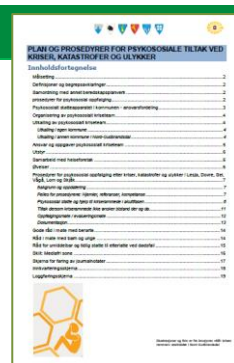
Vold i nære relasjoner

Handlingsplan og prosedyrer mot vold i nære relasjoner er lagret på «Region felles/6K vold i nære relasjoner» og [NGLMS.no/samfunnsmedisin og folkehelse/psykisk helse](http://NGLMS.no/samfunnsmedisin_og_folkehelse/psykisk_helse) i tillegg til den enkelte kommune.



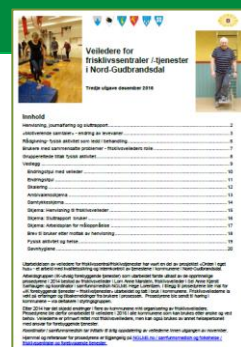
Psykososiale tiltak ved kriser, katastrofer og ulykker

Plan og prosedyrer for psykososial oppfølging ved kriser, katastrofer og ulykker – som er en del av beredskapsplanverket - er lagt ut på [NGLMS.no/samfunnsmedisin og folkehelse/psykisk helse](http://NGLMS.no/samfunnsmedisin_og_folkehelse/psykisk_helse) og i den enkelte kommune.



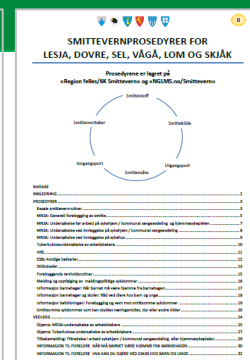
Frisklivstjenester

Veiledere for frisklivssentraler /- tjenester i Nord-Gudbrandsdal er primært rettet mot frisklivsveiledere, men kan også brukes av annet helsepersonell med ansvar for forebyggende tjenester. Veilederne er bl.a. lagt ut på «Region felles/ 6K frisklivstjenester – prosjekt og veildere» og [NGLMS.no/samfunnsmedisin og folkehelse/Frisklivssentraler og forebyggende tjenester](http://NGLMS.no/samfunnsmedisin_og_folkehelse/Frisklivssentraler_og_forebyggende_tjenester).



Smittevern

Når det gjelder prosedyrer som skal brukes mht smittevern, henvises det til «Planverk smittevern» og «Smittevernprosedyrer som bl.a. er lagt ut på «Region felles/6K smittevern» og [NGLMS.no / samfunnsmedisin og folkehelse/smittevern](http://NGLMS.no/samfunnsmedisin_og_folkehelse/smittevern).





Prosedyrer for psykisk helsetjeneste

Inntak

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at alle henvendelser til psykisk helsetjeneste får en faglig og likeverdig vurdering.

Målgruppe

Sel: Alle over 18 år som tar kontakt eller blir henvist til psykisk helsetjeneste.

Lom og Skjåk: Alle fra ungdomsskolealder og eldre som tar kontakt eller blir henvist.

Dovre, Lesja og Vågå: Som hovedregel - alle over 18 år som tar kontakt eller blir henvist. Barn og unge under 18 år som ber om å få snakke med en i psykisk helsetjeneste.

Aktivitet/beskrivelse

Henvising / kontakt

- Den enkelte kan ta direkte kontakt med psykisk helsetjeneste
- Leger* og spesialisthelsetjenesten kan henvises– samarbeidsform skal avtales
- Andre kommunalt ansatte skal primært ta kontakt med fastlege som vurderer behov for videre oppfølging. Unntaket er kjente pasienter eller pasienter der andre ikke kommer i posisjon for å bistå. Når bekymringer om personer blir meldt inn av pårørende, venner eller andre, skal den som blir kontaktet i psykisk helsetjeneste, kanalisere kontakten til legekantoret / legevakten. Alternativet er å be den som tar kontakt om å bli med den det gjelder til time med psykisk helsetjeneste.
- Dersom det blir tatt kontakt med psykisk helsetjeneste vedr. barn og unge, henvises det til eller formidles kontakt med helsestasjonen der det er aktuelt.

* Dersom det ikke er utarbeidet eget skjema for henvising i kommunen, kan [skjema: «Henvising til psykisk helsetjeneste» \(vedlegg\)](#) brukes.

Inntak

- Pasientens behov skal ligge til grunn for tidspunkt for inntakssamtale, men som hovedregel skal alle tilbys en inntakssamtale innen 3 uker. Dersom det ikke lar seg gjøre, skal pasient og henviser varsles.
- Akutte hendelser (f.eks. kriser) blir håndtert fortløpende av leder. Dersom leder ikke er til stede, er det den som mottar henvendelsen som har ansvaret for oppfølging.
- Øvrige muntlige og skriftlige henvendelser blir håndtert fortløpende i avdelingen på teammøte** en fast dag i uken. Det blir oppnevnt en kontaktperson. (Det er utarbeidet eget henvisningsbrev eller søknadsskjema som skal brukes.*)
- Kontaktpersonen tar kontakt med pasienten (pr. telefon eller via brev) for å avtale dato for inntakssamtale. Det skal samtidig sendes melding til henviser f.eks. lege om dato for inntakssamtale.
- Etter inntakssamtalen(e) drøftes saken på teammøte** for avgjørelse om videre oppfølging. Dersom det anbefales et annet behandlingsopplegg, f.eks. i spesialisthelsetjenesten er det kontaktpersonen som har ansvaret for å videreformidle dette.
- Det gis skriftlig tilbakemelding til henvisende instans om konklusjon og videre oppfølging.
- Opplysninger sendes tildelingskontoret/koordinerende enhet der det er aktuelt.

** Lesja (en ansatt) - ved usikkerhet i forhold til videre oppfølging, drøftes saken med henviser eller fastlege.



Inntakssamtale – kartlegging

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste

Neste revisjon: Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune

Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad

Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi

Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad

Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund

Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad

Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad

Opprettet: 23.12.16

Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Helhetlig kartlegging med fokus på psykisk helse for å sikre best mulig grunnlag for videre oppfølging av pasientene.

Målgruppe

Alle som kommer til inntakssamtale

Aktivitet/beskrivelse

Det settes av inntil 3 timer for inntakssamtaler. I utgangspunktet skal kontoret til psykisk helsetjeneste brukes. Dersom det er behov for hjemmebesøk, skal dette avklares med leder. Det er viktig å være bevisst etablering av en god relasjon til bruker.

Pasienten skal orienteres om

- Tjenesten - det henvises til tjenestebeskrivelse i kommunen (ev. dele ut brosjyre)
- Hensikten med inntakssamtalen
- Journalføring, innsynsrett og klageadgang
- IPLOS og Brukerplan
- Drøfting i interne team
- Taushetsplikt og opplysningsplikt (obs pasienter under 18 år)
- Samarbeid med fastlegen(e) - muntlig samtykke til å orientere om kontakten med psykisk helsetjeneste
- Tilbakemeldinger til henviser
- Drøfting med eksterne fagpersoner og tverrfaglig samarbeid og samtykke ved behov
- Tid som er til rådighet
- Endring av avtaler pga uforutsette hendelser / dårlige pasienter – prioritering av de med størst behov
- Hvordan den voksnes psykiske helse påvirker barna (kan utsettes til en senere samtale etter vurdering)
- At helsestasjonen blir informert om at mor eller far går til samtale/får oppfølging av psykisk helsetjeneste der barna er under 18 år (etter samtykke)

Samtale og kartlegging

- Gjennomgang av henvisning og gjensidige forventninger mht avtaler og videre oppfølging
- Utarbeidet [skjema: «Kartlegging – inntakssamtale \(vedlegg\)»](#) skal brukes
- For kartlegging barn: [Husk barnet skjema \(vedlegg\)](#)
- For kartlegging av nettverk: [Nettverkskart \(vedlegg\)](#)
- Vurder kartlegging med [MADRS](#)
- Vurder bruk av [Endringssirkel \(vedlegg\)](#)
- Avtal tid for neste samtale

Hvis pasienten går til behandling i spesialisthelsetjenesten, skal rollefordeling og ansvar avklares. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke tar initiativ til møte/dialog, skal ansvarlig i psykisk helsetjeneste sørge for det selv eller via fastlegen.



Behandlingsplan

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre pasientene økt mestring gjennom et hensiktsmessig og forutsigbart forløp med mulighet for å endre behandling ut ifra evalueringer.

Målgruppe

Alle pasientene

Aktivitet/beskrivelse

Det skal fylles ut en behandlingsplan for alle som starter med behandling – [skjema: «Behandlingsplan» \(vedlegg\)](#) kan brukes.

Med utgangspunkt i behandlingsplanen, skal oppfølgingen i regi av psykisk helsetjeneste og tiltak evalueres innen tre måneder etter oppstart og deretter minst en gang i året.

Behandlingsplan med fortløpende endringer skal dokumenteres i journal.

Følgende punkter er aktuelle i en behandlingsplan:

- Diagnose/hovedutfordring/problem/beskrivelse av situasjonen
- Mål med behandling (hovedmål og delmål)
- Metode / behandling
- Tiltak for å nå mål
 - Dato for oppstart av tiltak
 - Regelmessighet (hvor ofte)
 - Ansvarlig for tiltak (pasient/person/instans)
- Dato for evaluering av behandling
- Samarbeid med andre instanser/tjenester
- Vedtak og andre planer inkludert IP
- Samarbeid/kontakt med pårørende inkludert oppfølging av ev. barn ([ref. prosedyre «Oppfølging av pårørende og ivaretagelse av barn som pårørende»](#))



Journalføring – dokumentasjon

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste

Neste revisjon: Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune

Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad

Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi

Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad

Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund

Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad

Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad

Opprettet: 23.12.16

Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at journalføring skjer i henhold til lov og forskrift, at journalen er et godt arbeidsredskap under behandlingsforløpet og at den ivaretar ev. fremtidige behov for oppfølging og utlevering av opplysninger.

Målgruppe

Alle pasientene

Aktivitet/beskrivelse

Følgende skal dokumenteres i pasientens journal uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt:

- All helsehjelp som pasientene mottar
- Saker som drøftes i tverrfaglige grupper – også der pasienten er anonymisert
- Komparentopplysninger (obs informasjon om dette til den som gir opplysninger)
- Opplysninger gitt fra andre behandlere
- Informasjon, tiltak og ønsker fra pasienten

Etter inntakssamtalen(e) skal resultat av utfylling av kartleggingsskjema føres i journal.

Journalnotater skal være kortfattede og presise og omfatte

- Når og hvordan helsehjelp er gitt (f.eks. ordinær konsultasjon, konsultasjon ute, telefonkontakt, hjemmebesøk)
- Hvem som er behandler
- Beskrivelse av helsehjelpen (f.eks. individuell samtale, gruppesamtale) og ev. metode
- Resyme av samtale
- Beskrivelse av pasientens tilstand / observasjoner
- Evaluering sammen med pasienten (i henhold til behandlingsplan og ev. individuell plan)
- Behandlers vurdering (Ikke nødvendigvis hver gang, men med regelmessige mellomrom etter samtaler)
- Avtale om videre oppfølging inkludert ev. utveksling av informasjon med annet helsepersonell /tverrfaglig samarbeid

Informasjon som pasienten sender psykisk helsearbeid skal dokumenteres / legges i journal.

Det henvises til journalforskriften for rutiner for innsyn, retting, endring og sletting av journal.



Når pasienten ikke møter til time

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste

Neste revisjon: Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune

Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad

Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi

Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad

Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund

Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad

Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad

Opprettet: 23.12.16

Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at alle som har utfordringer med å møte til oppsatte timer, blir fulgt opp. Avklaring om videre oppfølging.

Målgruppe

Pasienter som ikke møter til time.

Aktivitet/beskrivelse

Når pasienten ikke møter til inntakssamtale

- Etter vurdering tas det kontakt pr. telefon eller det sendes tilbud om ny time skriftlig.
- Møter ikke pasienten opp til ny avtale, tas det igjen kontakt pr. telefon eller det sendes tilbud om ny time skriftlig. Det skal da orienteres om at dersom pasienten ikke møter til ny avtalt time, tas det kontakt med henviser.
- Dersom pasienten ikke møter opp til tredje time, tas det kontakt med henviser for å drøfte videre oppfølging - f.eks. tilbud om hjemmebesøk.
- Dersom den endelige konklusjonen er at pasienten ikke skal følges opp i psykisk helsetjeneste, skal det sendes en skriftlig tilbakemelding om dette til pasienten med kopi til henviser.
- Behandling av henvisningen og etablering av kontakten dokumenteres i Profil under f.eks. "Forebyggende tiltak".

Når pasienten ikke møter til behandlingssamtaler

- På hvilken måte kontakten skal tas - pr. telefon, sms, hjemmebesøk eller kontakt med henviser - skal vurderes (avhengig av pasient og kjent symptomtrykk).
- Dersom pasienten ikke møter til flere timer, skal dette tas opp som tema med pasienten - med tanke på tiltak når dette skjer.
- Det kan på sikt bli aktuelt å avslutte behandlingen. Dette må drøftes med henviser eller fastlege. Pasienten skal informeres om mulighetene for behandling på et senere tidspunkt.



Oppfølging av pårørende og ivaretagelse av barn som pårørende

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste

Neste revisjon: Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune

Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad

Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi

Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad

Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund

Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad

Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad

Opprettet: 23.12.16

Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at pårørendes rettigheter, ønsker og behov ivaretas på en god måte.

Målgruppe

Alle pårørende til pasienter

Aktivitet/beskrivelse

Generelle forhold

- Alle pårørende som henvender seg til helsetjenesten skal få generell informasjon om
 - Rettigheter
 - Faglig informasjon om psykiske lidelser og vanlig behandling
- Taushetsplikt:
 - Konkret informasjon om pasientens helsetilstand, helsehjelp og andre opplysninger om personlige forhold er som hovedregel underlagt taushetsplikt.
- Opplysninger kan likevel formidles når:
 - Pasienten samtykker til slik videreformidling → samtykkeskjema, hvilken informasjon samtykkes det i at kan formidles videre til hvem.
 - Ved unntak fra taushetsplikten i lovgivningen, f.eks når det ikke er mulig å innhente samtykke fra en pasient som vanligvis er samtykkekompetent, og det er grunn til å anta at pasienten ville ha samtykket; eller ved mindreårige pasienter.
- Nærmeste pårørende har rett til informasjon:
 - Hvis pasienten er over 16 år og har samtykket til at pårørende skal informeres.
 - Hvis forholdene tilsier det.
 - Hvis pasienten er over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser.
 - Hvis pasienten er under 16 år skal informasjonen som utgangspunkt formidles til pasienten og til de som har foreldreansvaret, men ikke hvis pasienten er over 12 år og ikke ønsker det på grunn av årsaker helsepersonellet mener bør respekteres.
 - De som har foreldreansvar for barn under 18 år skal ha opplysninger som er nødvendige for å ivareta dette ansvaret (selvmordsfare o.l.)



Ivaretagelse av barn som pårørende:

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet (eller alvorlig somatisk sykdom eller skade) kan ha som følge av foreldrenes tilstand. (Helsepersonelloven § 10a)

I praksis betyr det:

- Samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning. Bruk [«Husk barnet» \(vedlegg\)](#) og ev. [«Barnets trygghetsplan» \(vedlegg\)](#).
- Innhente samtykke til å foreta oppfølging som ansees som hensiktsmessig f.eks. etablere kontakt med helsestasjon for barnet/ungdommen som kan bruke [«Min trygghetsplan» \(vedlegg\)](#)
- Bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Det skal alltid vurderes om saken skal drøftes med barnevernet (anonymisert eller med samtykke) eller meldes til barnevernet. Ref. helsepersonelloven § 33 (utdrag): «Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Uten hinder av taushetsplikt skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Opplysninger skal også gis etter pålegg fra barnevernet.»

Referanser

- [«Pårørende – en ressurs», Veileder IS-1512 fra Helsedirektoratet](#)
- [«Barn som pårørende», Rundskriv IS-5/2010, Helsedirektoratet](#)



Samarbeid med andre tjenester og viderehenvisning

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste

Neste revisjon: Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune

Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad

Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi

Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad

Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund

Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad

Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad

Opprettet: 23.12.16

Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at bruker/pasient får behandling på rett nivå og av tjeneste med rett kompetanse.

Målgruppe

Alle pasienter i psykisk helsetjeneste

Aktivitet/beskrivelse

- Dersom det vurderes at pasienten har behov for helse- og omsorgstjenester utover det psykisk helsetjeneste kan yte*, tas det kontakt med følgende avhengig av behov:
 - Fastlege
 - Hjemmetjeneste
 - Tildelingskontor/koordinerende enhet

* Ref. veileder «Sammen om mestring»:

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer, skal primært kunne behandles i kommunal tjeneste

Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser, skal behandles i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser, må henvises til spesialisthelsetjenesten

- Dersom pasienten har behov for arbeidstiltak eller sosiale tjenester, tas det kontakt med NAV.
- Dersom pasienten har behov for aktivitetstiltak, skal aktuelle tjenester vurderes (eks. dagsenter, hjerterom, treningssenter, frivilligsentral, frisklivstjenester, grupperettede aktiviteter, støtte/-treningskontakt - avhengig av kommune).
- Ved behov for samarbeid med andre tjenester, skal dette tilstrebes. Etter skriftlig - ev. muntlig - samtykke fra pasienten, tas initiativ til innkalling til ansvarsgruppemøte.
- Dersom pasient/bruker har behov for flere og langvarige tjenester vises det til [prosedyre for individuell plan, personlig koordinator og ansvarsgruppe](#).



Individuell plan, personlig koordinator og ansvarsgruppe

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Orientert om prosess mht prosedyrer i forbindelse med innkalling til møte 14.12.16

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at pasienter med behov for habilitering, rehabilitering eller langvarige og sammensatte tjenester, får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud

Målgruppe

Pasienter med behov for habilitering, rehabilitering eller langvarige og sammensatte tjenester

Aktivitet/beskrivelse

- Når den ansatte i psykisk helsetjeneste vurderer at pasienten har rett til / behov for individuell plan (IP) eller personlig koordinator (PK), har vedkommende plikt til å informere om dette og ta initiativ til at vedkommende får tilbud om plan og koordinator.
- Dersom pasienten ønsker IP, skal det sendes melding / søknad til koordinerende enhet/tildelingskontor/tildelingsnemd for behandling av saken og fattning av vedtak.
- Den ansatte skal – etter samtykke fra pasienten - samarbeide med koordinerende enhet/tildelingskontor/tildelingsnemd og pasient om å opprette IP, valg av PK og ev. etablering av ansvarsgruppe.
- Dersom den ansatte i psykisk helsetjeneste blir involvert i valg av PK, skal pasientens ønske om hvem som skal fungere som PK tillegges vekt. Ved usikkerhet om valg av PK, skal den ansatte drøfte saken med koordinerende enhet /tildelingskontoret/tildelingsnemd som tar den endelige beslutningen.
- Skjema for IP er utarbeidet i den enkelte kommune, bl.a. i PROFIL
- Søknadskjema om IP og PK er utarbeidet i den enkelte kommune

Dersom spesialisthelsetjenesten har igangsatt IP, skal tildelingskontoret/koordinerende enhet orienteres om dette.



Oppfølging ved selvmordsrisiko

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Orientert om prosess mht prosedyrer i forbindelse med innkalling til møte 14.12.16

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Forebygge/forhindre selvmordsforsøk og selvmord.

Målgruppe

Alle pasienter, men obs der en risiko for forsøk/selv mord er fremkommet ved tidligere kartlegging.

Aktivitet/beskrivelse

Kartleggingen i psykisk helsetjeneste skal ikke være et ledd i en vurdering / gradering av risiko, men for å identifisere selvmordsrisiko som krever videre oppfølging hos lege.

Når det gjelder barn og unge under 18 år henvises det også til prosedyre [«Sjølvskaading og sjølv mord blant barn og unge»](#) - i samling IV for helsestasjonen i kommunen.

Sjekkliste mht selvmordsrisiko

RISIKOFAKTORER

- Kjent psykisk lidelse (med depressive kvaliteter)
- Tidligere selvmordsforsøk: *Alvorlighet, metode, intensjon, når. Livssituasjon og psykisk tilstand da. Utløsende årsak.*
- Alkohol / stoff / medikamenter: *Generelt og her og nå.*
- Selvmord i familien: *Andre aktuelle – hvem og når.*
- Manglende sosiale integrasjon: *Nettverk. Arbeid. Skole. Isolasjon. Enslig.*
- Tapsopplevelser: *Brudd i nære relasjoner, arbeid, utdanning, sosial anseelse, helse.*
- Tap av selvaktelse / ærekrenkelse
- Alvorlig eller smertefull kroppslig sykdom

ENDRINGSFØLSOMME FAKTORER

- Nåværende selvmordstanker og -planer: *Utløsende årsak. Konkrete planer.*
- Tidligere selvmordstanker og -planer: *Utløsende årsak. Konkrete planer.*
- Meddelelser / forberedelser

BESKYTTELSESAKTORER

- Nettverk, relasjoner, arbeid
- Håp, fremtidsperspektiv, meningsgivende aktiviteter, «Reasons for living»
- Omsorg for barn, unge, andre

ANDRE FAKTORER

- Har pasienten førerkort og ev. hvilken klasse
- Har pasienten skytevåpen tilgjengelig og hvor oppbevares ev. dette
- Har pasienten en voldshistorie – utsatt for vold, utøvd vold eller straffet for vold

Vurdering og oppfølging

Etter kartlegging ved bruk av sjekklisten, vurder følgende:

- Foreligger det en mistanke om suicidalrisiko som krever videre vurdering av lege
- Bruk av [kriseplan \(vedlegg\)](#) og/eller andre tiltak
- Journalføring: «Suicidalkartlegging skal føres som eget definert punkt i journalen (sporbart).



Terapeutiske hjelpemidler

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Orientert om prosess mht prosedyrer i forbindelse med innkalling til møte 14.12.16

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre pasientene behandling og oppfølging tilpasset deres behov, utfordringer og ressurser.

Målgruppe

Alle pasienter i psykisk helsetjeneste

Aktivitet/beskrivelse

Generelt

Diagnostisering skal skje hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten.

Kartleggingsverktøy i psykisk helsetjeneste skal brukes for å:

- Finne ut pasientens behov for oppfølging basert på problemer/utfordringer og ressurser.
- Få fremdrift i samtalen / behandlingen.
- Bidra til at oppfølging skjer helhetlig og på riktig og mest effektive omsorgsnivå (følge opp en tilstand, ev. henvise fastlege).
- Sikre at pasientene får et tilbud i tråd med gjeldende lover, retningslinjer og veiledere

Kartleggingsverktøy / terapeutiske hjelpemidler som anbefales brukt

- [Nettverkskart](#)
- [Kognitiv.no/terapeutiske hjelpemidler](http://Kognitiv.no/terapeutiske_hjelpemidler)
- [Motivernde Intervju \(MI\) Endringshjul](#)
- [MADRS](#)
- AUDIT (alkohol) –tilgjengelig på www.snakkomrus.no
- DUDIT (narkotika og legemidler) – tilgjengelig på www.snakkomrus.no
- TWEAK (alkoholbruk i svangerskapet) – tilgjengelig på www.snakkomrus.no
- [SCL-90](#)



Angstlidelser

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Orientert om prosess mht prosedyrer i forbindelse med innkalling til møte 14.12.16

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at pasienten får best mulig behandling for sin angstlidelse.

Målgruppe

Alle pasienter med angstlidelser

Aktivitet/beskrivelse

Kartlegging og vurdering

- Kartlegge pasientens utfordringer og mestringsstrategier
- Vurdere symptomer, alvorlighet og type angst
- Informere om behandlingsmuligheter
- Avhengig av alvorlighetsgrad og varighet, vurdere kontakt med fastlege og ev. avtal videre oppfølging

Behandling

- Bli enig med pasient om mål og behandlingsplan
- Fastlege og pasient avgjør om det skal brukes medikamentell behandling eller f.eks. henvises til fysioterapeut, husk at dette kan påvirke terapeutiske behandlingsmulighet
- Valg av terapeutiske modeller, er avhengig av pasientens motivasjon og må være tilpasset pasientens ståsted
 - Kognitiv terapi og kognitiv adferdsterapi – det henvises til [Kognitiv.no/terapeutiske hjelpemidler](http://Kognitiv.no/terapeutiske_hjelpemidler) - for relevante skjema
 - Eksponeringsterapi (f.eks. sosial trening)
 - Pusteøvelser og avspenningsteknikker - nettbaserte tips: <https://www.ullevalkiropraktor.no/avspenningsteknikker-reduserer-stress/>
 - Kombinasjonsbehandling
- Behandling kan skje som individuell terapi eller gruppeterapi
- Inkludere familie/pårørende for å gi pasient best mulig behandlingsforløp
- Bruk f.eks. flip - over eller white-board.
- Motiver til systematisk jobbing og hjemmearbeid.

Aktuell brosjyre: [Fakta om angst fra Rådet for psykisk helse](#)



Depresjon

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Orientert om prosess mht prosedyrer i forbindelse med innkalling til møte 14.12.16

Godkjent i den enkelte kommune **Lesja:** Fagansvarlig Liv Enstad **Dovre:** Fagansvarlig Kari Rudi

Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad **Vågå:** Fagansvarlig Guro Frydenlund **Lom:** Fagansvarlig Håvard Svestad

Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad **Opprettet:** 23.12.16 **Oppdatert (dato/utgave):** 12.12.17 (2)

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste / Januar 2018

Formål

Sikre at pasienten får best mulig behandling for sin depressive lidelse

Målgruppe

Alle med depresjon og/eller depressive symptomer/tilstander som tar kontakt eller blir henvist til psykisk helsetjeneste (voksne over 18 år)

Aktivitet/beskrivelse

Kartlegging og vurdering

- Kartlegge pasientens utfordringer og mestringsstrategier
- Vurdere symptomer og alvorlighet ved bruk av [MADRS](#)
- Informere om behandlingsmuligheter
- Avhengig av alvorlighetsgrad og varighet, vurdere kontakt med fastlege og ev. avtal videre oppfølging

Behandling

- Tiltak skal bygge opp under og utvikle pasientens opplevelse av mestring sosialt og yrkesmessig
- Bli enig med pasient om mål og behandlingsplan
- Fastlege og pasient avgjør om det skal brukes medikamentell behandling
- Strukturert psykologisk behandling* (anerkjente og teoribaserte intervensjoner bygget på gjensidig samarbeid mellom terapeut og pasient - kognitiv terapi – det henvises til [Kognitiv.no/terapeutiske hjelpemidler](#) - for relevante skjema
- Støttesamtaler med fokus på utfordringer, ressurser og mestring – f.eks. i forhold til akutte livskriser, I fysisk aktivitet, god døgnrytme, kosthold
- Behandling kan skje som individuell terapi eller gruppeterapi (KID eller KIB)
- Inkludere familie/pårørende for å gi pasient best mulig behandlingsforløp – dersom pasienten kan ha nytte av parterapi, er familievernkontoret et alternativ

* Strukturert psykologisk behandling

- Terapeuten er aktiv og støttende
- Det gis informasjon om depresjon og hvordan den kan forstås og mestres
- Behandlingen er strukturert og rettet mot pasientens aktuelle problemer
- Pasienten lærer spesifikke metoder for å mestre sine problemer, metoder som også kan anvendes etter at behandlingen er avsluttet

Aktuell brosjyre: [Fakta om depresjon fra Rådet for psykisk helse](#)

Referanse

[Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten](#)



Psykoselidelser

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Orientert om prosess mht prosedyrer i forbindelse med innkalling til møte 14.12.16

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at pasienter med mistanke om utvikling av psykose får behandling og oppfølging på rett tjenestenivå. Sikre at pasienter med kjente psykoselidelser får rett behandling.

Målgruppe

Alle innbyggere i kommunen som trenger hjelp i forhold til psykoselidelser.

Aktivitet/beskrivelse

Oppfølging av pasienter med kjente psykoselidelser

- Sikre at pasientene får oppfølging hos fastlege mht medikamentell behandling/serummåling og tannhelse
- Aktuell metodikk i psykisk helsetjeneste er kognitiv terapi og støttesamtaler bl.a. for å forebygge somatiske og andre psykiske lidelser, selvmordsrisiko, og voldsrisko

Personer med langvarige og alvorlige psykoselidelser kan ha behov for tjenester fra hjelpeapparatet store deler av livet. De kommunale tiltakene bør innrettes på mange livsområder som bolig, familie, sosiale nettverk, arbeidsplass, skole, kultur- og fritidstilbud. Målet med tiltakene er i størst mulig grad å bedre fungeringsevnen og gjenvinne tapte ferdigheter, men også om nødvendig å tilpasse seg en ny situasjon og legge forholdene best mulig til rette for et godt liv. En viktig oppgave er å koordinere og følge opp annen behandling i kommunen – det henvises til egen prosedyre [«Individuell plan, personlig koordinator og ansvarsgruppe»](#).

Oppfølging av pasienter ved mistanke om psykoseutvikling

Kartlegging ved mistanke om psykoseutvikling

- Økt omfang av uvanlige tanker, endret oppfatning av omgivelsene.
- Økt omfang av mistenksomhet, paranoia (forfølgelsesvanvidd)
- Endret adferd; tilbaketrekking, isolasjon, tilbringer uvanlig mye tid alene, snakker med seg selv på offentlige plasser og lignende.
- Bruk av rusmidler, medikamenter og narkotiske stoffer med hensyn på rusutløste psykoser.
- Risiko for voldelig adferd (*Forskning viser at enkelte faktorer øker risiko for voldsbruk. Disse er rusmiddelmisbruk, massive paranoide forestillinger om forfølgelse, kommanderende voldsfremmende stemmer og en ubehandlet psykoselidelse.*)
- Vurder selvmordsrisiko (*Selvmondsfaren ser ut til å være høyest i ung alder og tidlig i sykdomsfasen.*)
- Andre lidelser og somatiske sykdommer.

Det skal tas umiddelbar kontakt med fastlege / vakthavende lege – ev. spesialisthelsetjeneste hvis pasienten følges opp der - for vurdering og videre behandling dersom kartleggingen bekrefter begynnende utvikling av psykose!

Referanse

[Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#)



Behandling oppfølging rusproblem/avhengighet

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Orientert om prosess mht prosedyrer i forbindelse med innkalling til møte 14.12.16

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at pasienter med rusproblem/rusavhengighet får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset behandlingstilbud.

Målgruppe

Pasienter med rusproblemer

Aktivitet/beskrivelse

Personer med rusproblem behandles i utgangspunktet i henhold til vanlige prosedyrer for psykisk helse og rusarbeid. Alle pasienter får spørsmål ifm kartleggingssamtale om bruk av rusmidler. Obs funksjon. Det er viktig å merke seg at pasienter med rusproblem/avhengighet er en variert gruppe ofte med samtidig psykiske problemer, og det kan ikke lages en felles behandlingsprosedyre for alle. Følgende er å betrakte som en veileder. Den gjelder både ved bruk av legale og illegale rusmidler.

- Når det avdekkes skadelig bruk av rusmidler anbefales en psykoedukativ tilnærming til bruken. (Spesielt med hensyn på sammenheng med angst og depresjon, men også om helserisiko og konsekvenser ift familie, jobb, økonomi m.m.). Det anbefales en samtale sammen med erfaringskonsulent.
- Førerkort: Dersom rusbruken er på rødt iht AUDIT, skal pasienten informeres om risikoen for inndragning av førerkort. (Det er kun lege/psykolog som har meldeplikt i forhold til inndragning.) Ved mistanke om kjøring i ruset tilstand, inntreffer varslingsplikt til politi.
- Pasient bør motiveres til å endre rusbruk; reduksjon eller avholdenhet. Bruk f.eks. teknikk motiverende intervju. Dersom pasienten ikke ønsker(klar)er å endre forbruket, men ønsker oppfølging i psykisk helsetjeneste, skal behandlingsplanen utarbeides for å nå de de målene pasienten ønsker for å bedre funksjon, psykisk helse og sosiale utfordringer.

Ved alkoholmisbruk

Følgende tre behandlingsmuligheter bør – i samråd med lege - vurderes:

Behandler må sørge for å informere pasient om muligheter, slik at mål for behandling kan settes så tidlig som mulig.

- Kontrollert alkoholbruk (bruke Balance: <http://akan.no/verktoy/balance>)
- Medikamentell behandling (Antabus) og avholdenhet
- Døgnbehandling i TSB

Oppfølging etter døgnbehandling

Overgangssamtale vil gi tjenesten informasjon om pasientens situasjon. Det anbefales uansett oppfølging av pasient etter utskrivning fra TSB. Avhengig av hva pasienten ønsker, anbefales minimum telefon/SMS oppfølging i 12 måneder etter behandling.



Tilbakefallsbehandling uavhengig av behandlingsmetode

Tilbakefall er vanlig, og pasient bør følges opp tettere i en periode om det er et kortvarig tilbakefall.

Dersom tilbakefallet blir av lengre varighet anbefales det å starte på nytt med motivasjonsarbeid.

Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven kap.10.

- *§ 10-1 Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende*
- *§ 10-2 Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke*
- *§ 10-3 Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige*
- *§ 10-4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.*

Arbeidsmanual er tilgjengelig på <http://www.rusfeltet.no/oppdatert-arbeidsmanual-for-bruk-av-tvang-etter-hot>

Referanser

- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser](#)
- [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon. Førers ansvar alder egenerklæring. Legens-meldeplikt-\(helsekrav til førerkort\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon.Førers%20ansvar%20alder%20egenerklæring.Legens-meldeplikt-(helsekrav%20til%20førerkort))



Avslutning av behandling

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste **Neste revisjon:** Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune	Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad	Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi
Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad	Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund	Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad
Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad	Opprettet: 23.12.16	Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Avslutning etter endt behandling. Sikre ev. overganger til annet behandlingsnivå.

Målgruppe

Alle pasienter som har fått behandling i psykisk helsetjeneste.

Aktivitet/beskrivelse

- Alle pasienter skal ha en avslutningssamtale med følgende tema:
 - gjennomgang av tema i [mal for avslutningsbrev \(vedlegg\)](#)
 - Informasjon om å ta kontakt ved behov
- Den endelige tilbakemeldingen skal sendes henviser med kopi til pasienten. Dersom det ikke er fastlegen, skal fastlegen ha kopi (ved samtykke fra pasienten).
- Alt som skal bevares i pasientens journal skal være lagt inn i den elektroniske journalen ved avslutning. (Dersom tjenesten bruker egen papirjournal i tillegg til elektronisk journal, kan ev. utskrift av hele journal skrives ut og legges i papirjournalen.)



Sikkerhet til de ansatte

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste

Neste revisjon: Fagansvarlige psykisk helsetjeneste/Desember 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Mai 2016

Godkjent i den enkelte kommune

Lesja: Fagansvarlig Liv Enstad

Dovre: Fagansvarlig Kari Rudi

Sel: Fagansvarlig Synnøve Solstad

Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund

Lom: Fagansvarlig Håvard Svestad

Skjåk: Fagansvarlig Håvard Svestad

Opprettet: 23.12.16

Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Ivareta sikkerheita til den ansatte i samband med heimebesøk

Målgruppe

Alle ansatte i psykisk helseteneste

Aktivitet/beskrivelse:

Ved hjemmebesøk

- Behov for og tilbod om heimebesøk skal bestemast i inntaksmøte eller i samråd med leiar.
- Den ansatte informerer på morgonmøte* om kven han skal på heimebesøk til den dagen.
- I utgangspunktet reiser ein einsleg, er det pasientar som ein veit er ustabile eller i dårleg form, skal det vurderast om ein skal reise to (psykotiske pasientar, rus mm),
- Er det pasientar ein er utrygg på, men likevel vel å reise åleine til, gjer ein avtale om at ein kollega skal vera tilgjengeleg på tlf. Event. gjera avtale om å kontakte kollega etter ankomst pasienten og informere om status (Forma til pasienten).
- Ein må informere kollega om kva tid ein reiser og kva tid ein forventar å koma attende til kontoret.
- Om den ansatte som reiser på heimebesøk ikkje kjem attende til avtalt tid, skal kollega prøve å ringe den som er på heimebesøk. Om ein ikkje får svar, skal ein alarmere politiet.
- På heimebesøket:
 - Parker bilen slik at den er lett å nå om ein må koma seg fort unna.
 - Når ein er inne bør ein ta eit overblikk over husværet, tenkje «farlege» gjenstandar, rømningsvegar. Plasser deg slik at det er lett å koma ut om det oppstår trugande situasjonar.
 - Vurder den psykiske forma til pasienten.
 - Mobiltelefonen skal vera lett tilgjengeleg.
 - Opplever ein pasienten trugande eller føler seg utrygg sjølv, må ein trekkje seg ut av situasjonen.
 - Informer lege om status.

* Lesja: Gje beskjed til leiar på legekontoret

På kontoret

- Ein gong i året: Leiar har ansvar for å vurdere fysiske sikringstiltak (som ledd i vernerunde), organisering av arbeidet og kompetansehevande tiltak mht førebygging av vold (ROS-analyse).
- Obs. innreiing og utstyr på kontor og plassering i høve til pasient og utgang



Medikamenthåndtering

Forfatter: Arbeidsgruppe psykisk helsetjeneste

Neste revisjon: Fagansvarlige psykisk helsetjeneste / februar 2018

Sak i kommuneoverlegeforum: Orientert om prosess mht prosedyrer i forbindelse med innkalling til møte 14.12.16

Godkjent i den enkelte kommune

Lesja: -

Dovre: -

Sel: -

Vågå: Fagansvarlig Guro Frydenlund

Lom: -

Skjåk: -

Opprettet: 23.12.16

Oppdatert (dato/utgave): 12.12.17 (2)

Formål

Sikre at pasienter som får bistand med administrasjon av medikamenter, får utdelt medikamenter i henhold til legens beskrivelse.

Målgruppe

Pasienter som bruker medisiner der det er gjort en faglig vurdering på at det er hensiktsmessig at pasienten får disse utlevert hos psykisk helse.

Aktivitet/beskrivelse

Ansvar: Sykepleiere i psykisk helsetjeneste i Vågå. Der det er tvil om psykisk helsetjeneste skal ha ansvar for utlevering av medikamenter, tas det opp med tildelingskontoret.

Medisinskapet står i medisinrom i avdeling Psykisk helse. Medisinskapet er et lager av pasientbunden medisin (legemidler som er tatt inn til pasienter etter resept fra lege). Det er som regel ruller med multidose, men kan også være medisiner som bestilles på resept og oppbevarer i medisinskapet på den enkelte pasient. Disse legges i dosett etter skriftlig avtale med den enkelte.

- Tildeling av tjenesten. Det skal alltid følge med medisinliste fra fastlege, og ordinasjonskort ved multidose. Ved tildeling av multidose skal tjeneste og fastlege gjennomgå medisinliste.
- Det skal foreligge samtykkeerklæring (Avtale om hjelp til legemiddelhandtering) mellom tjeneste og brukeren der kommunen sitt ansvar i legemiddelhandteringa er beskrive.) Brukeren skal signere. Original oppbevares i medisinperm på medisinrom. Kopi til bruker.
- Bestilling av medikamenter:
 - Fra apotek. Evt. Overta pasientmedisiner. Hver uke bestemmes hvem som skal være medikamentansvarlig. Bestilling, henting, dosettfylling og utlevering.
 - Bestilling/endring av multidose. Utleveres for 2 eller 4 uker. Nye bestillinger eller endringer må varsles til apotek senest en uke før siste multidose.
 - Bestillinger utenom multidose skrives på medisinbestillingsliste og sendes apotek først i hver uke. (Apotek innhenter resepter og klargjør)
 - Bestilte legemiddel hentes ved behov. Kontrollerer og kvitterer for mottatte legemiddel.
 - Ansvarlig rydder legemiddel på plass i pasienten si ID-merka hylle/kasse i medisinskapet. Sjekk ut mottatte legemiddel mot bestillingslista.
 - Ordreseddel fra apotek blir levert til brukeren. Apoteket sender regning direkte til brukeren, som kan kontrollere regning mot ordreseddelen.
- Klargjøring av dosett/multidose
 - Ansvarlig legger medikamenter etter medisinliste for avtalt periode(dag, uke, 2 uker). Multidoser klargjøres.
 - Lagt dosett signeres for på skjema; legemidler i dosett, og kontrasigneres ved kontroll.
 - Ved endringer i medisinliste, må dosetter endres og kontrolleres på nytt.
- Utlevering av medikamenter
 - Pasient signerer for utleverte medikamenter(dosett/multidoser/enkelt doser) på tilhørende skjema(Utlevering av ukedose, dagsdose, enkeltdose.)
 - Kontrollspørsmål virkning/bivirkning
- Ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten skal multidose stoppes dersom det ikke er pasientstyrt plass.



Vedlegg

Skjemaer (ligger på medisinrommet og eget dokument):

- Legemidler i dosett
- Dokumentasjon av utlevert dosett/multidose
- Dokumentasjon av utlevert dagsdose
- Dokumentasjon av utlevert enkeltdose(Antabus)
- Medisinbestilling
- Ordinasjonskort/Medisinliste
- Avtale om hjelp til legemiddelhåndtering for pasient(samtykke)

Kompetanse

Autorisert sykepleier, vernepleier. Alternativt godkjent kurs i medikamenthåndtering og delegasjon til å legge/dele ut fra kommunelege.

Hjemmel

- Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell*



Vedlegg





Skjema: Henvisning til psykisk helsetjeneste

Navn
Fødsels/pers nr
Adresse
Telefon
Sivil status
Fastlege
Ev. kontaktpersoner i helse- og omsorgstjenesten
Nærmeste pårørende (navn/tlf/adresse)
Bakgrunn for henvisning inkludert ev, diagnose
Ev. medikamenter

Skjemaet leveres til – ev. skrives elektronisk og sendes: Psykisk helsetjeneste i kommunen

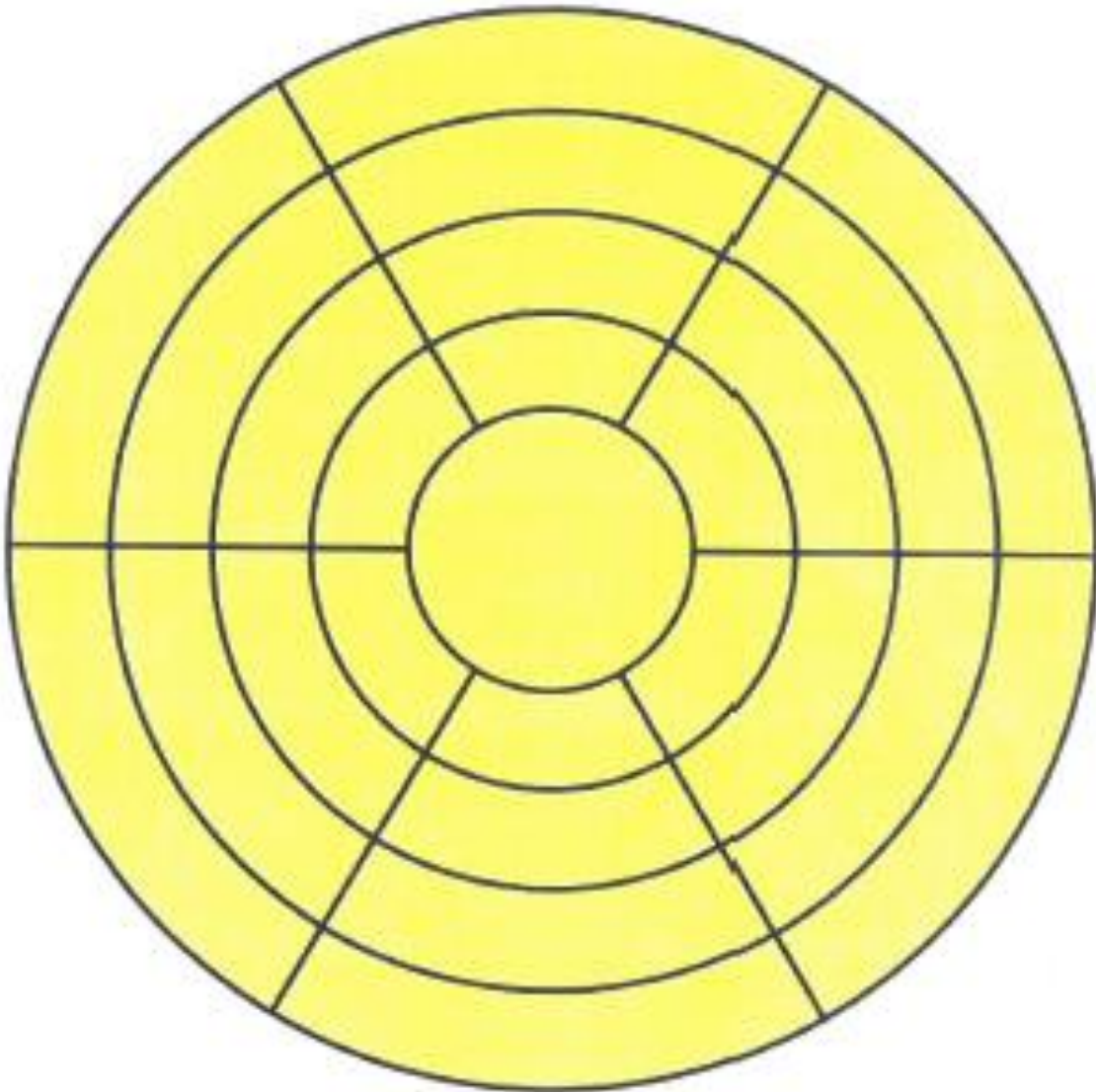
Henvist fra:	Henvisning mottatt:
Dato:	Sted / dato:
Underskrift:	Underskrift:



Skjema: Kartlegging - inntakssamtale

<i>Skjemaet skal legges inn i profil</i>
Dato for oppstart
Navn
Fødsels/pers nr
Adresse/tlf
Fastlege og ev. andre /kontaktpersoner innen helse
Nærmeste pårørende (navn/tlf/adresse)
Henvist fra/ bestilling fra henviser /hvorfor søker pasienten hjelp nå?
Bosted / bolig
Barn – alder, kjønn, antall, foreldreansvar, omsorgssituasjon og spesielle behov, hvilke konsekvenser pasientens situasjon har for barnas hverdag, oversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer, barnas behov for info og/eller oppfølging, informasjon om ev. tiltak for barn
Familie og nettverk (ev. bruk vedlegg)
Arbeid/utdanning
Økonomi
Fritid / interesser / fysisk aktivitet / dagligliv
Psykisk helse/vold/mobbing (nåværende og tidligere plager) – behov for suicidalitetsvurdering hos lege (eventuelle diagnoser), ev MADRS
Fysisk helse (nåværende og tidligere sykdommer)
Tannhelse
Søvn
Ernæring / spiseproblematikk
Ev. annen helsehjelp / -tilbud
Medikamenter
Alkoholbruk / andre rusmidler
Tidligere behandling – hva fungerte og hva fungerte ikke
Hva ønsker du å endre/målsetting/hva forventer du av oss
Hva kan du selv gjøre / dine ressurser og egenskaper du setter mest pris på
Hva er du fornøyd med i livet ditt
Hvordan ønsker du at din livssituasjon skal være slik at du kan leve et mer tilfredsstillende liv
Pasientens behov for å ta med pårørende eller noen annen i videre samtaler/oppfølging
Vurdering av behov for et hjemmebesøk for observasjoner og informasjon
Om pasienten har individuell plan

Nettverkskart



Veiledning til bruk av sirkelen

- Pasienten er i midten av sirkelen.
- Sirklene grupperer nettverket etter hvor nært personene står til pasienten.
- Kategorier personer: familie, kollegaer/medstudenter, venner, bekjente, helsepersonell.
- Pasienten skriver inn de viktigste personene nærmest seg selv i sentrum. Mindre viktige personer skrives utover i de ytre sirklene.
- Pasienten skriver også inn navn på de som de har en vanskelig relasjon til.
- «Hvem ønsker du å knytte deg mer til?»
- «Hvem ønsker du mindre kontakt med?»
- «Hvordan skape og opprettholde gode relasjoner, og hvordan avvikle dårlige relasjoner?»



Skjema: Behandlingsplan

Skjemaet kan legges inn i profil

Navn

Fødsels/pers nr

Første utgave (dato):

Revidert (dato):

Utgave nr. :

Neste evaluering (dato):

Diagnose/hovedutfordring/problem/beskrivelse av situasjonen

Mål med behandling (hovedmål og delmål)

Metode / behandling

Tiltak for å nå mål med dato for oppstart av og ansvarlig for tiltak (pasient/person/instans)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Regelmessighet (hvor ofte)

Samarbeid med andre instanser/tjenester

Vedtak og andre planer inkludert IP

Samarbeid/kontakt med pårørende inkludert oppfølging av ev. barn

Annet



Kriseplan

Kriseplanen er utarbeidet av _____
sammen med _____ i psykisk helsetjeneste.

Varselsignaler

Hva kan jeg gjøre?

Hva kan pårørende og fagpersonen gjøre?

Hvis jeg trenger hjelp av andre, ta kontakt med

Navn	Telefon

Behandler

Navn	Telefon

Fastlege og legevakt

Navn / sted	Telefon

Kopi av kriseplan er gitt til

Navn / sted	Relasjon	Telefon



Mal: Avslutningsbrev

Punkter som skal ivaretas i avslutningsbrevet til henviser

- Navn
- Fødsels/personnummer
- Adresse
- Navn på fastlege
- Behandlingsperiode, ev. hyppighet av samtaler
- Navn på behandler i psykisk helsetjeneste
- Diagnose/hovedutfordring/beskrivelse av situasjonen
- Mål med behandling
- Metode
- Samarbeid med andre instanser/tjenester
- Vedtak og andre planer inkludert IP
- Samarbeid/kontakt med pårørende inkludert oppfølging av ev. barn
- Vurdering
- Videre oppfølging – inkludert ev. kriseplan
- Hvem som skal ha kopi av avslutningsbrevet (alltid pasienten)



Husk barnet!

Kilde: Sykehuset Innlandet

Registrering av barn (0–18 år) av foreldre med psykiske vansker eller rusproblemer.

Fylles ut sammen med forelder eller foresatt. Fyll ut ett skjema for hvert barn.

Skrevet av _____ sammen med _____

Sted og dato: _____ Tjeneste/enhet: _____

Forhold av betydning for barnet (+ og -)

Forelderen/brukeren:

Navn: _____

Evt fødselsnr.: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Den andre forelderen:

Navn: _____

Fødselsdato: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Barnet:

Navn: _____

Fødselsdato: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Familie- og boforhold:

Hvem bor barnet sammen med? Formelt foreldreansvar?
Samværsordninger?

Andre viktige personer rundt barnet?

(Venner, slekt, trener, lærer, nabo etc.)

Hvem tror du at barnet kjenner seg trygg
sammen med??

Skole, barnehage og fritidsaktiviteter:



Forhold av betydning for barnet (+ og -)	
Har barnet fått informasjon om din situasjon/ din sykdom? Hvordan tror du det er best å informere barnet om situasjonen/sykdommen, og av hvem?	
Tror du at din tilstand/sykdom påvirker ditt barn? Evt. hvordan/hvorfor ikke?	
Er du bekymret for noe vedr. barnets situasjon eller utvikling?	
Har barnet kontakt med noen i hjelpeapparatet? Hvis ja, hvem? Er det behov for andre kontakter eller henvisninger?	
Er det andre opplysninger i forhold til barnet/familien du mener vi bør vite om? Barnets sterke sider og ressurser, hva er viktig for barnets trivsel, positive aktiviteter og relasjoner, helse, andre belastninger eller risikoforhold?	
Hvis aktuelt: Hvordan har barnet blitt ivaretatt tidligere når du har hatt det vanskelig? Gode erfaringer? Kan noe gjøres bedre?	
Informert om Barnets trygghetsplan Ønskelig å opprette trygghetsplan? ☐ Ja ☐ nei	

Førte og gitt: Sykehuset Innlandet



Barnets trygghetsplan

Kilde: Sykehuset Innlandet

Barn (0-18 år) av foreldre/omsorgspersoner med psykiske vansker eller rusproblemer kan ha behov for ekstra forutsigbarhet og trygghet. Barnets trygghetsplan er et hjelpemiddel for ivareta barnet når omsorgssituasjonen er vanskelig, for eksempel ved forverring av omsorgspersonens helsetilstand, akutt innleggelse, familiekonflikt, vold eller problematisk rusbruk. Planen utarbeides av omsorgsperson(ene), barnet selv og en ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste. De voksne som bidrar må forsikre seg om at planen er realistisk, og at de som skal bidra til trygghet er informert og har sagt ja. Barn fra ca 6 år og over bør delta i utviklingen av planen, og barnets ønsker skal vektlegges. Hvis barnet ønsker lages «Min trygghetsplan» som barnet selv oppbevarer.

Skrevet av _____ sammen med _____

Sted og dato: _____ Kopi til: _____

Barnet:

Navn: _____

Fødselsdato: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Barnehage/skole:

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Hvem kan barnet snakke med nå han/hun trenger det?

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Hvem kan ta seg av barnet i en akutt situasjon og ved eventuell innleggelse?

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Har barnet/familien kjæledyr som trenger å bli passet? I så fall hvor/av hvem?

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Foreldre/omsorgspersoner:

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Hvem kan snakke med barnet om den aktuelle situasjonen og åpne for barnets evt. spørsmål?

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Hvem kan bidra til opprettholde barnets hverdag?

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Er det andre som bør vite om situasjonen?

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Er det andre ting som er viktige for å trygge og ivareta barnet?

Før trykk og print: Sykehuset Innlandet



Sykehuset Innlandet HF

HELSE SØR-ØST



Min trygghetsplan

Kilde: Sykehuset Innlandet

Alle barn har rett til beskyttelse og omsorg. Barn skal få si det de tenker på, og det de sier skal bli tatt hensyn til. «Min trygghetsplan» er laget for at barn skal føle seg trygge og vite hva som skjer når de voksne i familien har det vanskelig. Trygghetsplanen lages i en åpen samtale med barnet.

Skrevet i samtale mellom _____ og _____
(barnet)

Sted og dato: _____

Barnets adresse, telefon og evt. e-post:

Dette er viktig for at jeg skal føle meg trygg:

Hvis jeg må bo et annet sted for en periode, vil jeg at det blir tatt hensyn til...

Hvis jeg trenger å bo et annet sted for en periode, kan jeg bo hos:

Navn: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Disse voksne stoler jeg på:

Jeg kan ta kontakt hvis jeg trenger noe, og det trenger ikke å være veldig vanskelig før jeg gir beskjed.

Navn: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Navn: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Navn: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Andre voksne som kan hjelpe er:

Min behandler: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Forelders behandler: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Helsesøster: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Fastlege: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Barnevernet: _____

Tlf./evt. e-post: _____

Informasjon, hjelpetelefon og nettsteder for barn:

- ▶ Alarmtelefonen for barn og unge: Telefon 116 111 • www.116111.no • E-post: post@116111.no
- ▶ For barn som har en mor eller far med psykiske problemer: www.morild.org/
- ▶ Barneombudet: Telefon 22 99 39 50 • www.barneombudet.no
- ▶ Voksne for barn: Telefon 810 03 940

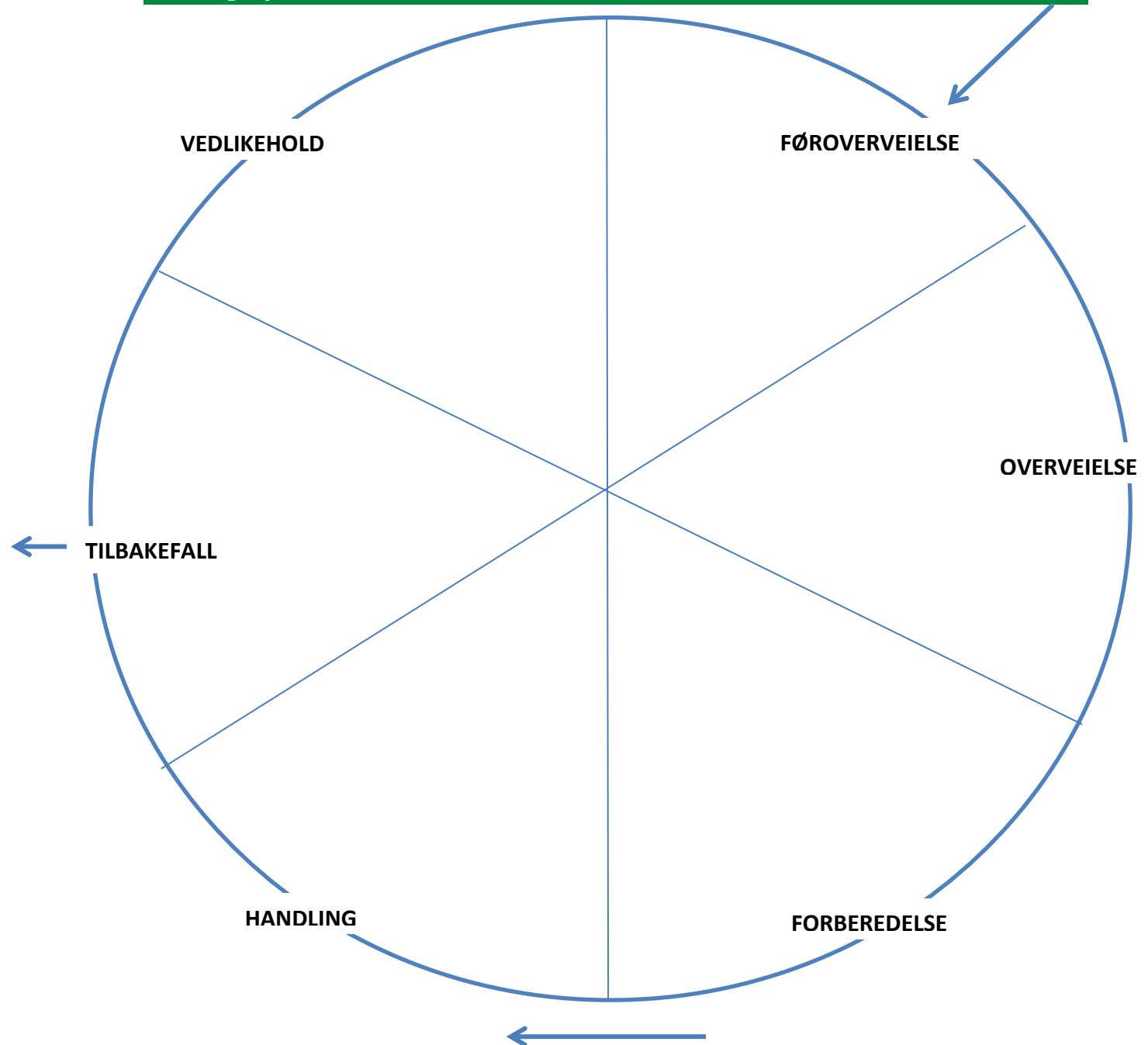


Sykehuset Innlandet HF

HELSE SØR-ØST



Endringshjul med veileder



Føroverveielse: Lite innstilt på endring. De positive effektene av egen adferd oppfattes som større enn de negative. Utforsk diskrepans.

Overveielse: Opplever negative konsekvenser ved nåværende adferd, men er usikker på hvor stort problemet egentlig er. Utforsk ambivalens (som er stor).

Forberedelse: Tar beslutning om å gjøre endring og gjør små forsøk på endring. Lag planer.

Handling: Endringene iverksettes og blir synlig. Støtt mestring.

Vedlikehold: Iverksatt handling betyr ikke alltid varig endring. Kan oppleve at ambivalens i forhold til endringen vender tilbake. Identifiser risiko og lag kriseplan.

Tilbakefall: Innebærer retur til tidligere adferd. Kan være for en avgrenset periode, et tilbakeskritt som bidrar til læring. Gjør det så kort som mulig.



Endringshjul

