

# **PSYKOSEFORLØP**

## **Sluttrapport**

**Versjon 1.0**

**30. mai 2012**

# Innhald

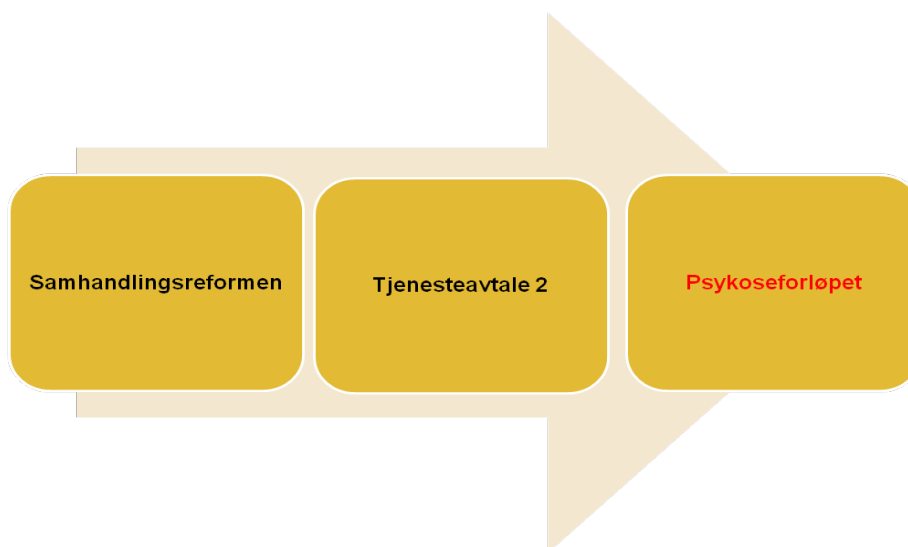
<b>Bakgrunn</b>	<b>3</b>
<b>Rydde i eige hus</b>	<b>4</b>
<b>Om pasientgruppa</b>	<b>5</b>
<b>Erfaringar frå St.Olav Hospital HF</b>	<b>6</b>
<b>Samhandling</b>	<b>8</b>
<b>Forløp for pasientar som er alvorleg sinnslidande og med alvorlege funksjonstap (psykoseforløp) gjeldande for kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta innan psykisk helse i opptaksområdet til Helse Bergen HF.</b>	<b>9</b>
<b>Retningslinjer</b>	<b>10</b>
1. <b>Stabil fase – Arbeidsfasen</b>	<b>10</b>
2. <b>Ustabil fase – avvik frå avtaler og planer</b>	<b>11</b>
3. <b>Akutt fase – tiltak ved DPS</b>	<b>11</b>
4. <b>Akutt fase – tiltak ved sjukehus</b>	<b>12</b>
5. <b>Teieplikt</b>	<b>13</b>
<b>Vedlegg 1. Ansvarsgruppe</b>	<b>14</b>
<b>Vedlegg 2. Individuell plan</b>	<b>15</b>
<b>Vedlegg 3. Behandlingsplan</b>	<b>17</b>
<b>Vedlegg 4. Kriseplan</b>	<b>18</b>
<b>Vedlegg 5. Skjema for innlegging</b>	<b>21</b>
<b>Vedlegg 6. Skjema for utskriving</b>	<b>22</b>
<b>Vedlegg 7. Samtykkeskjema</b>	<b>23</b>
<b>Forløpsgruppe for psykoseforløpet</b>	<b>24</b>
<b>Implementering</b>	<b>25</b>
<b>Harmonisering med andre forløp i psykisk helsevern</b>	<b>26</b>
<b>Bidragstytarar i prosessen med å utforma psykoseforløp</b>	<b>27</b>

## Bakgrunn

For å sikra god samhandling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta og internt i spesialisthelsetenesta skal det utviklast pasientforløp for viktige pasientgrupper. Dette er ein sentral føresetnad for eit enklare helsevesen slik det er formulert i Samhandlingsreforma.

Helse Bergen HF, Dei private ideelle institusjonane og lokal kommunesektor er no inne i sluttfasen av arbeidet med nytt avtaleverk for samhandling (skal vera vedteke innan 1. juli 2012). Forut for dette nye avtaleverket har det i fleire år eksistert samarbeidsavtale for inn- og utskrivning av pasientar i psykisk helsevern. Hausten 2010 vart det også implementert akuttforløp i psykisk helsevern for vaksne.

Det har lenge vore etterlyst eit pasientforløp for pasientar med psykoselidingar. Eit slikt forløp er ei naturleg og nødvendig operasjonisering av den overordna avtalestrukturen slik det går fram av figur 1.



**Figur 1. Tiltak må hengja saman**

For å få tenestetilbodet innan eit psykoseforløp til å hengja saman må mange institusjonar og fagpersonar verta samde om å samordna seg. Det krev gjennomgang av pasientdata, gjennomgang av eksisterande praksis, identifisering av forbedringspunkt og etablering av ny praksis for samhandling.

Ei viktig målsetting for arbeidet har vore å understreka at spesialisthelsetenesta må forplikta seg til å støtta dei kommunale helsetenestene på kort varsel når det er behov for det. Ei slik arbeidsform vil styrke dei kommunale helsetenestene si evne til å handtera vanskelige situasjonar, og dette er ei føresetnad for å førebyggja opptrapping av tiltak kring den aktuelle pasienten.

Arbeidet med nytt psykoseforløp har vore organisert i ulike fasar med ulike arbeidsgrupper (sjå oversikt over deltakarar på side 26).

## **Rydde i eige hus**

Hausten 2011 fekk psykiater / avdelingssjef Vigdis Elin Giæver Syrstad i oppdrag å gjennomføra eit arbeide med sikte på å kartleggja og analysa dei interne samhandlingsutfordringane i spesialisthelsetenesta i høve psykosebehandling. I dette arbeidet kunne Syrstad støtta seg til ei fagleg sterk arbeidsgruppe med representantar for institusjonane i spesialisthelsetenesta inklusiv dei private ideelle institusjonane. Arbeidet vart forankra hjå leiarane i spesialisthelsetenesta i psykisk helsevern.

Det var viktig for oss å rydda i eige hus før kommunane kom med på laget, og arbeidsgruppa fant ei rekkje kritisk faktorar ved å gjennomgå konkrete pasientsaker til dømes:

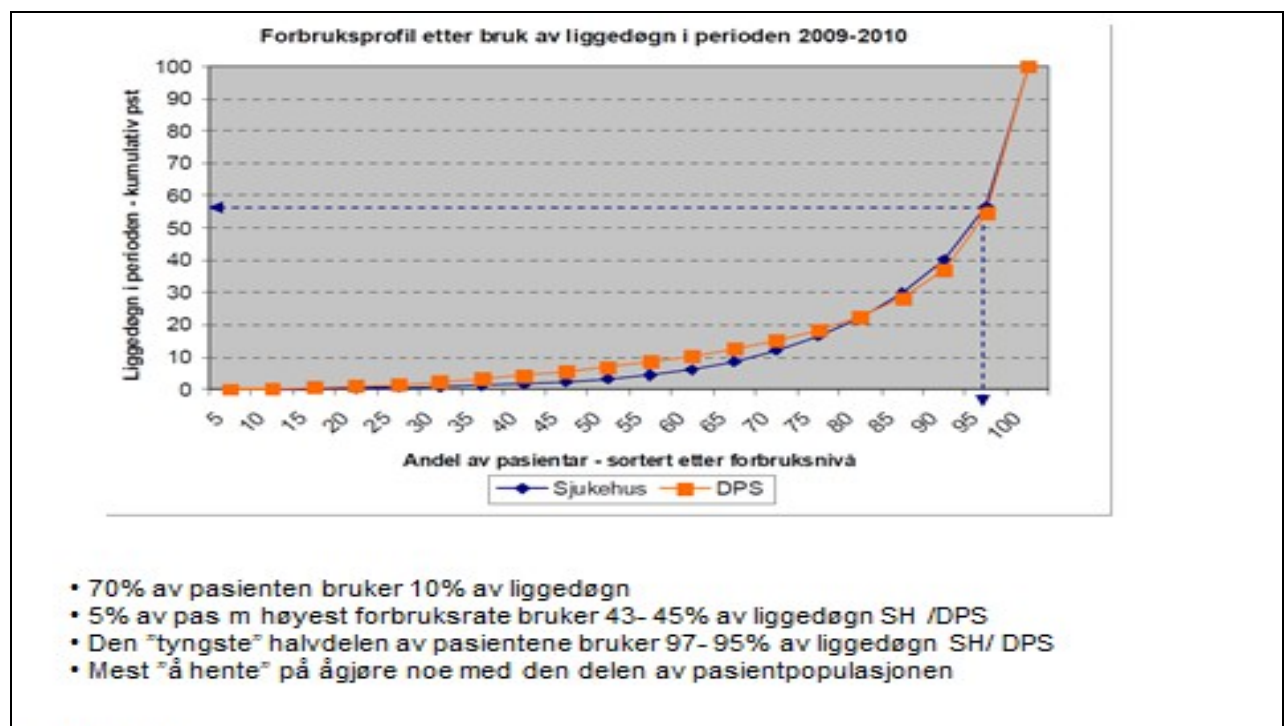
- Dei sjukaste pasientane har få eller ingen polikliniske kontaktar etter eller mellom innleggingar
- Pasientar som ikkje møter til avtale vert ikkje følgt godt nok opp
- Manglande tiltak når pasientar sluttar å ta forordna medisinar
- Det er ikkje fagleg semje kring bruk av depotmedisinering
- Det er ikkje gode nok retningslinjer knytt til overføring frå eit nivå til eit anna (og dei som finst vert ikkje nytta)
- Det er ikkje systematikk knytt til kontinuitet i behandlingkontakt mellom sjukehus og DPS, internt i DPS og mellom spesialisthelsetenesta og kommunane
- Alle DPS er ikkje godkjente for tvang

Eksempla over handlar altså mest om svikt i spesialisthelsetenesta, men arbeidsgruppa rekna med at det også på kommunalt nivå ikkje var god nok systematikk i oppfølginga av den aktuelle pasientgruppa.

## Om pasientgruppa

Psyko세forløpet vil retta seg inn mot pasientar som er alvorleg sinnslidande og med alvorlege funksjonstap. Dei er unge, dei har ein alvorleg sjukdom og dei vil ha behov for tenester både frå kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste i mange år.

Dei utgjør 20% av pasientane våre, men dei nyttar 80% av ressursane i døgnpostane jf figur 2. Dei er altså storbrukarar kjenneteikna ved mange innleggingar, dei er ofte utan arbeid og har store problem med å meistra utfordringar knytt til eigen bustad. I tillegg førekjem sjølvskading / utagering / avvikande åtferd / kriminalitet/ rus . I perioden 2009 – 2010 har me funne at gruppa er i overkant av 500 pasientar frå Helse Bergen sitt opptaksområde – ¾ er busette i Bergen kommune. Dei får i ulik grad ein kombinasjon av tenester i kommune / DPS / sjukehus. Mange av desse pasientane er i tillegg innlagt i somatiske avdelingar.



Figur 2. Storforbrukarar av liggedøgn i psykisk helsevern. Sjukehus og DPS i Helse Bergen HF. 2009 - 2010. Kjelde: Analyserapport 2011

Dessverre er det slik at mange av desse pasientane ikkje får det tilbodet dei burde ha. Og ofte er det behandlingsapparatet som sviktar. Det er særleg den systematiske oppfølginga av desse pasientane over tid, som må sjåast på. Eit døme frå kvardagen i psykisk helsevern kan illustrera dette:

Ein pasient med langvarig opphald i døgnavdeling vert skriven ut. Før utskriving vert det gjennomført fire polikliniske konsultasjonar. Frå utskriving i mars og fram til juni får pasienten tett oppfølging – ein kan sjå av pasientdata at oppfølginga vart trappa opp i eit tilfelle – det kan ha hindra innlegging. Frå juni og sju veker framover er det eit opphald i den polikliniske kontakten som må skuldast sommaravvikling. I august vert så pasienten lagt inn akutt, og får eit påfølgjande opphald i døgnavdeling på om lag 60 døger. Då må prosessen startast på ny.

Eksempelet over synar at så lenge oppfølginga av pasienten er tett er hjelpeapparatet i stand til å mobilisera om situasjonen til pasienten vert vanskeleg. Er oppfølginga ikkje god nok risikerer ein fort at pasienten vert akutt lagt inn i sjukehus.

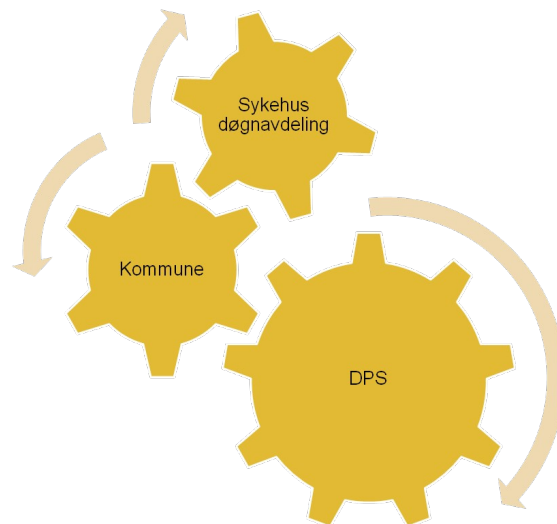
Det er ein gjennomgåande tendens i talmaterialet vårt at hjelpeapparatet for ofte sviktar når det gjeld systematisk oppfølging. Dette får særlege utslag for ei pasientgruppe med behov for tverrfaglege / tverretatlege / samansette tenester over eit langt tidsrom for å kunne bu heime / i eigen bustad. Det vert difor viktig å tilpassa, nytta og koordinera tenestene / ressursane på ein meir strukturert og fleksibel måte enn før. Det vil gi pasientane eit betre liv, det vil innebera betre bruk av ressursane og det vil også vera meir tilfredsstillande for dei mange dyktige og engasjerte fagfolka i sektoren.

## **Erfaringar frå St.Olav Hospital HF**

Me har henta inn erfaringar frå våre samarbeidspartar i St. Olav Hospital HF. Der legg dei vekt på følgjande:

- desse pasientane har stort behov for kontinuitet i behandlarkontakt
- det må byggjast relasjonar når pasienten er i stabil fase
- kontakt, avtalar og oppfølging må nedfellast i individuell plan – det er snakk om langvarig kontakt med hjelpeapparat i kommune- og spesialisthelsetenesta

- ein modell der ”En behandler / ett team i DPS har ansvar for å ivareta spesialisthelsetjenester til hver enkelt pasient i Psykisk Helsevern, uavhengig om pasienten er poliklinisk, møtes hjemme eller andre steder. De som har dette ansvaret holder også kontakt med pasienten under innleggelse. Arbeidsformen er pragmatisk og innrettes etter pasienten sine behov. En søker å frigjøre og støtte kommunale ressurser, ikke erstatte eller dublere disse.”
- pasientar som er innlagt i få dagar vil tena på å vera på ein plass – overføringar har alltid store kostnader
- ACT <sup>1</sup> er eit viktig organisatorisk virkemiddel ved langvarig oppfølging



**Figur 3. Alle tannhjula i psykisk helsevern må fungera som eit velsmurt heile**

---

<sup>1</sup> Assertive Community Treatment = Aktivt oppsøkande behandlingsteam (ACT-teamet) er eit heilskapleg behandlings- og oppfølgingstiltak. Teamet baserer seg på hyppig oppsøkande verksemd og vektlegg kontinuitet i kontakten over lang tid. Per i dag er berre Kronstad DPS som har eit slikt team finansiert av statlege prosjektmiddel.

## **Samhandling**

Våren 2012 oppretta Samarbeidsutvala mellom Helse Bergen HF og kommunane ei arbeidsgruppe som skulle utforma nytt psykoseforløp. Det synt seg raskt at det var konsensus om dei aller fleste problemstillingar – fleire stader har ein kome langt i høve å utvikla lokale rutinar – til dømes mellom bydelane Laksevåg og Fyllingsdalen og Betanien DPS. Arbeidsgruppa hadde difor eit solid tilfang av erfaringar å støtta seg på og kunne raskt konsentrera seg om løysingsforslag.

Arbeidsgruppa hadde sitt siste møte 24. mai 2012 og legg med dette fram ”Forløp for pasientar som er alvorleg sinnslidande og med alvorlege funksjonstap (psykoseforløp) gjeldande for kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta innan psykisk helse i opptaksområdet til Helse Bergen HF”.

Arbeidsgruppa gjer også framlegg om etablering av ”Forløpsgruppe” og implementering av rutinar i fagmiljøa.

Sjølv om Psykoseforløpet er utforma med sikte på å nå pasientar som allereie har eit etablert forhold til psykisk helsevern er det viktig at dette forløpet er god kjent også i den delen av tenesteapparatet som arbeider med nysjuka (Avdeling for tidleg psykose og deira nettverk i DPS og kommunar) jf s. 25.

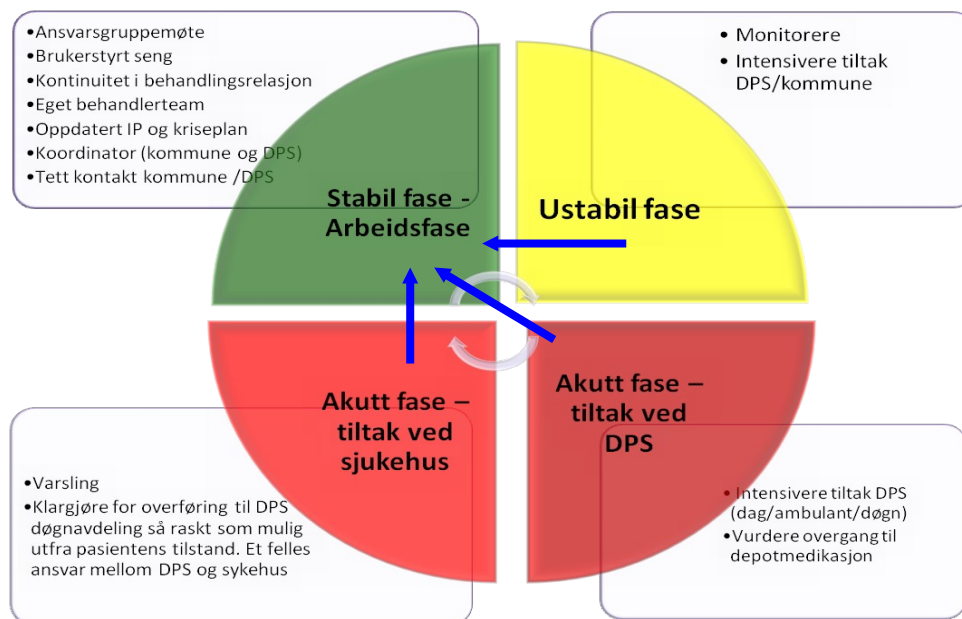


## Forløp for pasientar som er alvorleg sinnslidande og med alvorlege funksjonstap (psykoseforløp) gjeldande for kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta innan psykisk helse i opptaksområdet til Helse Bergen HF.

Målsettinga for psykoseforløpet er at fleire menneske med psykoselidningar skal klara seg sjølve og ha eit stabilt og meningsfullt (verdige) tilvære i eigen bustad. Det er også eit viktig mål å førebyggje dramatiske akuttinnleggingar og langvarige innleggingar i døgnpost. Behandling og bistand skal gå føre seg på lågaste effektive nivå (dag, poliklinikk, ambulant, kommunale tenester) til rett tid utan opphald.

Arbeidsgruppa har funne det føremålsteneleg å sjå på psykoseforløpet som ein kontinuerleg prosess med fire fasar.

1. Stabil fase - arbeidsfasen
2. Ustabil fase
3. Akutfase – tiltak ved DPS
4. Akutfase – tiltak ved sjukehus



Figur 4. Psykoseforløpet - ein kontinuerleg prosess

Forløpet klargjer ansvar og tiltak knytt til dei fire fasane og samanhengar / overgangar mellom fasane. Til fasar og tiltak er det knytt opp skjema som bidreg til at det faglege arbeidet vert planlagt og dokumentert.

### **Retningsliner**

Desse retningslinene gjeld for kommunale tenester og spesialisthelsetenesta innan psykisk helse i opptaksområdet til Helse Bergen HF. Retningslinene er gjeldande frå 01.10.2012 (førebels dato) .

Retningslinene klargjer ansvar og oppgåver mellom kommune- og spesialisthelseteneste, og mellom sjukehus og DPS.. Dei er utarbeida i samarbeid mellom kommunehelseteneste- og spesialisthelseteneste og er ei operasjonalisering av Tenesteavtale 2

Meir informasjon om pasientflyt og –forløp innan psykisk helsevern for vaksne i Bergen og omegn finn ein under ”tilvisingsrutinar” på nettsida: <http://www.helse-bergen.no/fagfolk>

Eventuelle avvik vedrørande psykoseforløpet kan meldast per e-post: (må opprettast)

### **1. Stabil fase - Arbeidsfasen**

Målsettinga for denne fasen er å etablera berekraftige behandlingstiltak og samarbeidsrelasjonar i samsvar med behov og mål for den enkelte brukar.

God psykosebehandling i stabil fase inneber:

- Biologisk behandling
  - Sikre adekvat og stabil medikasjon
- Psykoterapi
  - Meistring av symptom og livssituasjon
  - Innsikt i symptom og livssituasjon
  - Auka etterleving av behandling
  - Relasjonsbygging (hjelpeapparat, familie, nettverk)
- Psykososiale tiltak
  - Sikre bustad
  - Sikre trygg økonomi

- Sikre aktivitet / arbeid
- Formelle / organisatoriske tiltak

<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Dokumentasjon</b>
Etablere ansvarsgruppe	Kommune (Bydel) / DPS / Sjukehus	Vedlegg 1
Utarbeida individuell plan I vedlegg 2 finst døme på IP nytta av Bergen kommune / Helse Bergen HF	Kommune (Bydel) / DPS / Sjukehus	Vedlegg 2
Utarbeida behandlingsplan (kan dekke behovet for IP om brukaren motset seg slikt tiltak)	DPS / Sjukehus	Vedlegg 3
Utarbeida kriseplan	Ansvarsgruppe	Vedlegg 4
Opprette koordinator i kommune / bydel	Kommune (Bydel)	
Opprette koordinator i DPS	DPS	
Opprette behandlingsteam i DPS	DPS	

## **2. Ustabil fase – avvik frå avtaler og planar**

- 2.1. Aktivisera kriseplan
- 2.2. Forsterka eksisterande tiltak. Døme: Ambulant / poliklinikk / dagbehandling
- 2.3 Stabil fase gjenoppretta

## **3. Akutt fase – tiltak ved DPS**

- 3.1 Innlegging i DPS døgnavdeling
  - Skjema for innlegging – sjå vedlegg 5
  - Behandlinga i spesialisthelsetenesta forut for tilbakefall skal alltid evaluerast og journalførast med sikte på endringar i framtidig behandling.
- 3.2 Melding til samarbeidspartar i kommune / DPS innan første yrkedag
- 3.3 Møte mellom DPS døgn / DPS poliklinikk / kommune innan ei veke

### 3.4 Stabilisering – overføring til poliklinikk / dagbehandling / ambulant

- Konsultasjon kvar veke for ny pasient / annan kvar veke for pasient med fast kontakt
- Oppfølging:
- Møter pasient til timeavtale – ved avvik: telefonkontakt same dag for å gjera ny avtale eller heimebesøk innan ei veke
- Tar pasient medisinar som avtalt – ved avvik: konsultasjon med psykiater innan ei veke

#### 3.5.1 Stabil fase gjenoppretta

- Skjema for overføring – sjå vedlegg 6

## 4. Akutt fase – tiltak ved sjukehus

### 4.1 Aktiviser [Akuttforløpet](#)

### 4.2 Avklaring - ikkje behov for innlegging i lukka post – gå til punkt 3

### 4.3 Behov for lukka post = innlegging i Psykiatrisk akuttmottak (PAM) / Psykiatrisk klinikk

- Første yrkedag etter innlegging skal pasienten meldast til koordinator i DPS som har ansvar for å melda vidare til behandlarteam i DPS og til kommunehelsetenesta
- Behandlinga i spesialisthelsetenesta forut for tilbakefall skal alltid evaluerast og journalførast med sikte på endringar i framtidig behandling.
- Møte mellom sjukehus, DPS og kommunehelseteneste innan ei veke for status og justering av behandlingsplan
- Stabilisering – pasienten vert overført til DPS som vurderer vidare behandling jf pkt 2.2 eller 3.1.
- Skjema for overføring – sjå vedlegg 6

## **5. Teieplikt**

Det er ofte eit tema på tverretatlege møte i kva grad teieplikta er til hinder for at helsepersonell kan utveksla relevant informasjon. I Prop.91 L (2010/2011) ”Lov om kommunale helse og omsorgstjenester” frå Helse- og omsorgsdepartementet, kap. 10.1 (Taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett) er følgjande presisert:

**”Etter helsepersonelloven § 25 kan taushetspliktbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og pasienten ikke motsetter seg det. Bestemmelsen er således ikke begrenset til organet eller etaten.”**

Dersom informasjonen som vert utveksla ikkje er direkte utgangspunkt for å gi nødvendig helsehjelp, men til dømes berre for drøfting / refleksjon rundt ei pasient- /brukarsak skal samtykkeskjema nyttast .

Sjå vedlegg 7.

## Vedlegg 1. Ansvarsgruppe

### Deltaking i ansvarsgruppa:

- Brukar
- Kommune
- DPS.

Aktuell fastlege bør delta slik at vedkomande er deltakande / oppdatert.

NAV / Familie deltek i ansvarsgruppa etter avtale.

### Møte i ansvarsgruppa

- Det skal skrivast referat frå møta i ansvarsgruppa
- Ansvarsgruppa har møte etter oppsett plan.
- I startfasen av arbeidet skal det utarbeidast kriseplan / individuell plan inklusiv ansvar og rollefordeling.
- Tentativ agenda:
  - Nosituasjon / kva har skjedd sidan sist (etter avtalt sjekklister / kriseplan)
  - Gjennomføring av tiltak med utgangspunkt i individuell plan
  - Avtale neste møte
  - Eventuelt

## Vedlegg 2 Individuell plan

Alle som treng langvarige og koordinerte sosial- og helsetenester, har rett til individuell plan - viss dei ønskjer det

Informasjon, brosjyrar, malar og e-læringskurs finn ein på [Helsedirektoratets side](#) om individuell plan

På neste side viser vi hovudstrukturen (forkorta og utan rettleiing) i den individuelle planen som vert nytta av Helse Bergen HF og Bergen kommune (kjelde: DIPS)





## **Vedlegg 3 Behandlingsplan (kjelde: DIPS)**

### **Oppsummering av kjent psykopatologi**

- Grunnlag for diagnostiske hypotesar
- Tidlegare gjennomført utgreiing
- Eventuell tilvising i journal til utfyllande diagnostisk gjennomgang

### **Indikasjon for vidare utgreiingstiltak**

- Tidsplan
- Ansvar for gjennomføring

### **Behandlingstiltak**

- Medikamentell behandling
- Psykologisk behandling
- Miljøterapi
- Tidsplan for gjennomføring og evaluering
- Ansvar for gjennomføring

### **Andre tiltak**

- Bustad / jobb / økonomi
- Tidsplan og ansvarleg for gjennomføring

### **Ansvar for oppfølging utanfor institusjon**

- Individuell plan: koordinator + neste ansvarsgruppemøte
- Fastlege
- Psykiatriteneste
- Sosionom
- DPS poliklinikk eller annan psykiater / psykologtilknytning

### **Pasienten sine kommentarar og innspel**

- Planen bør drøftast i møte med pasient, behandlar, miljøterapeut

### **Neste evaluering / oppdatering av behandlingsplanen**

- ved overflytting til annan avdeling
- eller med faste tidsintervall  
(stryk det som ikkje passar)

### **Dato, stad, underskrift av ansvarleg for behandlingsplanen**

## Vedlegg 4. Kriseplan

Føremål: Hindra tilbakefall. Ansvarsgruppa ser til at kriseplan vert utarbeida saman med brukar, koordinatorar og eventuelt familie. Kan nyttast av både brukar og familie.

<b>1</b>	<b>Gå gjennom registreringsark for varselsignal: Mine varselsignal er:</b>
<b>A</b>	.....
<b>B</b>	.....
<b>C</b>	.....
<b>D</b>	.....
<b>E</b>	.....
<b>TILTAK:</b>	
.....	
.....	
.....	

**2 Om dette ikkje er til hjelp, ta kontakt med kontaktperson (kan vera familie eller primærkontakt/sekundærkontakt eller andre) som saman med deg kan vurdere om behandlar skal kontaktast**

**Kontaktperson 1:** .....

**Tlf:** .....

**Kontaktperson 2:** .....

**Tlf:** .....

**Kontaktperson 3:** .....

**Tlf:** .....

**3 Om kontaktpersonen ikkje er tilgjengeleg, ta kontakt med behandlar**

**Behandlar:** .....

**Tlf:** .....

**4 Om behandlar ikkje er tilgjengeleg, kontakt legevakt**

**Tlf:** .....

**5 Underskrift**

.....  
Dato

.....  
Brukar

.....  
Kontaktperson

.....  
Kontaktperson

## VARSEL SIGNALAS STYRKE

<b>Varselsignal</b>	<b>Styrke</b>
<b>1</b>	<b>Alvorleg er</b>
	<b>Moderat er</b>
	<b>Mild er</b>
<b>2</b>	<b>Alvorleg er</b>
	<b>Moderat er</b>
	<b>Mild er</b>
<b>3</b>	<b>Alvorleg er</b>
	<b>Moderat er</b>
	<b>Mild er</b>

### Sjekkliste: Almennlige varselsignal som kommer før en psykose

Sett kryss for det som gjelder deg. Kryss også av for de tingene du mener beskriver deg til vanlig. Varselsignalene vil være i kolonnen: "bare før jeg blir syk."

Varselsignal	Til vanlig	Bare før jeg blir syk/når jeg er syk
1. Kjenner du deg anspent eller nervøs?		
2. Kjenner du deg deprimert?		
3. Har du problem med å sove?		
4. Kjenner du deg rastløst?		
5. Har du vansker med å konsentrere deg?		
6. Mangler du livsglede?		
7. Har du dårligere appetitt?		
8. Har du problemer med å huske?		
9. Føler du deg forfulgt?		
10. Ser du mindre til dine venner?		
11. Føler du deg latterliggjort?		
12. Mener du at andre snakker om deg?		
13. Mangler du interesse for ting rundt deg?		
14. Grubler du mye over eksistensielle/religiøse problem?		
15. Føler du deg utilpass uten grunn?		
16. Føler du deg oppstemt?		
17. Hører du stemmer ikke andre kan høre?		
18. Ser du syner andre ikke kan se?		
19. Føler du deg mindreverdige?		
20. Har du liten interesse av å gjøre noe?		
21. Bryr du deg mindre om hvordan du er kledd?		
22. Ser du lite håp for fremtiden?		
23. Har du mange vonde drømmer?		
24. Er du ofte aggressiv?		
25. Blir du irritert over småting?		
26. Har du tanker om å skade deg eller å ta ditt eget liv?		
27. Har du fysiske smerter eller plager?		
28. Har du tanker om å skade/drepe andre?		
29. Driker du mye alkohol eller bruker narkotika?		
30. Synes du at deler av kroppen forandrer seg?		
31. Synes du omgivelsene virker fremmede eller uvirkelige?		
32. Sover du mye?		
33. Sier andre at du oppfører deg annerledes enn vanlig?		
34. Er du veldig opptatt av seksuelle tanker?		
35. Kommer du lett i krangel?		
36. Går du opp/ ned i vekt?		
37. Har du problemer med personlig hygiene?		
38.		
39.		
40.		

**Vedlegg 5. Skjema for innlegging. Frå ”Rutiner for samhandling 2012” mellom Betanien DPS og bydelane Fyllingsdalen og Laksevåg.**

<b>Rapportskjema ved innleggelse</b> (Fylles ut av kommunehelstjenesten og sendes med pasienten)	
Pasientens navn:	_____
Primærkontakt i kommunehelstjenesten:	_____ Telf: _____
Fastlege:	_____ Telf: _____
Har pasienten ansvarsgruppe?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Navn på koordinator:	_____ Telf: _____
Medisinering:	
Får pasienten dosett fra kommunehelstjenesten?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvilke medisiner tar pasienten (evt. legg ved medisinliste)?	
_____ mg: _____	_____ mg: _____
_____ mg: _____	_____ mg: _____
_____ mg: _____	_____ mg: _____
_____ mg: _____	_____ mg: _____
_____ mg: _____	_____ mg: _____
Spesielle forhold (evt. legg ved utskrift fra rapport):	
Skjema er fylt ut av:	Dato:
_____ Telf: _____	____/____/____

**Vedlegg 6. Skjema for utskriving. Frå ”Rutiner for samhandling 2012” mellom Betanien DPS og bydelane Fyllingsdalen og Laksevåg.**

<b>Rapportskjema ved utskriving</b>	
(Fylles ut av sykehuset og sendes til psykisk helse/overlevers på utskrivingsmøte)	
Pasientens navn: _____	
Miljøkontakt under innleggelsen: _____	Telf: _____
Behandler under Innleggelsen: _____	Telf: _____
Behandlingstiltak / Miljøterapeutiske tiltak under innleggelsen:	
Endringer ift. medisiner for innleggelse?                      Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Endringer:	
Er epikrise sendt ut til fastlege/kommune?                      Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Merknader:	
Skjema er fylt ut av: _____	Dato: _____/_____/_____
Jeg samtykker i at disse opplysningene deles med kommunehelsetjenesten:	
Pasientens underskrift: _____	Dato: _____

**Vedlegg 7. Samtykkeskjema. Frå "Rutiner for samhandling 2012" mellom Betanien DPS og bydelane Fyllingsdalen og Laksevåg.**

<b>Samtykkeskjema</b>		
Samtykke mellom _____ og _____ <i>Pasientens/brukerens navn</i> <i>Navn på tjenestested</i>		
Jeg gir herved mitt samtykke til at helsepersonell utveksle nødvendig informasjon om meg med følgende etater/instanser/personer:		
<b>(Kryss av)</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>Kommunehelsetjeneste (psykiatritjeneste)</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>DPS/Sykehus (2. linjetjeneste)</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Fastlege</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>NAV</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Barnevern</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Øvrig familie</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Andre:</b> _____	
Dato:	Sted:	Fullmaktgivers underskrift:
____/____/____	_____	_____
<b>Det forutsettes at den som samtykker har tilstrekkelig informasjon om konsekvensene av samtykke. Samtykke gjelder kun i forhold til særskilte opplysninger og skal begrenses til en eller flere navngitte personer. Innhentede opplysninger oppbevares sammen med øvrige helseopplysninger og vil kun være tilgjengelig for helsepersonell som behandler søknad eller som er ansvarlig for helsehjelp</b>		

## **Forløpsgruppe for psykoseforløpet i vaksenpsykiatri med verknad frå 1. oktober 2012 (tentativ dato)**

**Forankring:** (Styringsgruppa for pasientforløp - må avklarast)

**Mål / ansvar:** Forløpsleiar og -gruppe er ansvarlege for å følgja opp og å vidareutvikla psykoseforløpet innan psykisk helsevern for vaksne gjennom å:

- Arbeida aktivt for at retningslinene for psykoseforløpet vert nytta på korrekt måte
- Behandla innkomne avvik iht. retningslinene for akuttforløpet
- Monitorera utvalde parameter for akuttforløpet
- Identifisera forbettringsmoglegheiter og -tiltak

Forløpsleiar har rolla som meklar i tvistesaker.

**Hovudprinsipp:** Alle saker skal løysast på lågast mogeleg nivå.

**Rapportering:** Forløpsleiar og -gruppe rapporterer til (må avklarast). (Må avklarast) skal vurderer og ta avgjerd om endringar av retningslinene eller andre tiltak av prinsipiell karakter..

**Forløpsleiar:** NN

**Forløpsgruppe:** DPS, Kommunar, Sjukehus, Brukar

**Evaluering:** Funksjonen forløpsleiar og forløpsgruppe skal evaluerast ved utgangen av 2013.



## Implementering

### 1. Orienteringsmøte med DPSa / sjukehus

Opplegg: Dei einiskilde DPS syter for lokale og kallar inn aktuelle, eigne tilsette samt samarbeidspartar i bydelar / kommunar og sjukehus. Framdriftsplan:

Måndag 4. juni	12.30 - 14.30	Kronstad DPS
Onsdag 13. juni	12.30 - 15.00	Bjørgvin DPS
Fredag 15. juni	11.00 - 13.00	Øyane DPS
Torsdag 21. juni	12.30 - 14.30	Voss DPS
Torsdag 23. aug	12.30 - 14.30	Solli DPS
Fredag 24. aug		Nivå 2/3 leiarmøte Psyk. Div.
Tysdag 28. aug	12.30 - 14.30	Betanien DPS
Måndag 10. sept	11.30 - 13.00	Psykiatrisk klinikk

### 2. Retningslinene skal drøftast med brukarutvalet i Helse Bergen HF.

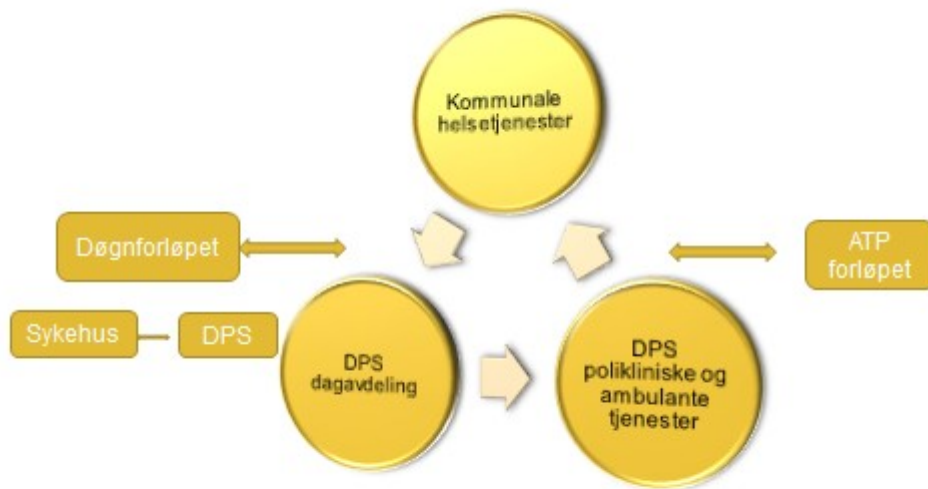
Onsdag 29. aug                      12.45 - 13.15

### 3. Retningslinene skal leggjast fram for Samarbeidsutvala mellom kommunane og Helse Bergen.

### 4. Det bør lagast informasjonsskriv og retningslinene må vera tilgjengelege på internett - mellom anna på [www.saman.no](http://www.saman.no)

## Harmonisering med andre forløp i psykisk helsevern

I juni vil Psykiatrisk klinikk opna ei eiga avdeling for tidleg oppdaging av psykose (ATP). Denne avdelinga vil såleis få ansvaret for å fanga opp nysjuka (aldersgruppa 16 til 30) med psykoselidingar gjennom eit eige ATP forløp som kan strekkja seg over 3 år. For pasientar med behov for koordinerte og samanhengande tenester utover slik periode gjeld Psykoseforløpet.



Figur. Samanheng ATP-forløp / psykoseforløp

Det er også behov for å harmonisera gjeldande akuttforløp.

Det er under utarbeiding eit forløp for psykiatri / rus. Samanhengen mellom dette forløpet og psykoseforløpet må også skildrast.

## **Bidragsytarar i prosessen med å utforma psykoseforløp**

### Arbeidsgruppe 1:

Psykiater / avdelingssjef Vigdis Elin Giæver Syrstad, Psykiatrisk divisjon, leiar

Overlege Gunnar Morken, St. Olav Hospital

Seksjonsleiar Pål Ove Vadset, Seksjon for helsetenesteutvikling

Prosjektleiar Brede Aasen, Psykiatrisk klinikk (no avdelingssjef ved Kronstad DPS)

Seksjonsleiar Alf Georg Sørensen, ACT, Kronstad DPS

Seksjonsleiar Dag Thomassen, Betanien DPS

Overlege Randi-Luise Møgster, Psykiatrisk klinikk

Overlege Bjørn Øi, Kronstad DPS

Overlege Synnøve Iden, Bjørgvin DPS

Overlege Bjarte Skrede, Bjørgvin DPS

Overlege Jan Øystein Berle, Kronstad DPS

Seksjonsleiar Asta Kyrkjeeide, Øyane DPS

Overlege Tommaso Esposito, Voss DPS

Spesialrådgjevar Arne Eriksen, Psykiatrisk divisjon

### Arbeidsgruppe 2

Spesialrådgjevar Audun Pedersen, Bergen kommune

Einingsleiar Psykisk helse Beathe Sørebo, Bergen kommune

Einingsleiar Psykisk helse Olaug Steen, Os kommune

Psykiatrisk sjukepleiar Marianne Gluppe, Kvam herad

Avdelingssjef Randi-Luise Møgster, Kronstad DPS

Avdelingssjef Anne Grønningsæter, Psykiatrisk klinikk

Psykiater Vigdis Elin Giæver Syrstad, leiar av arbeidsgruppa

Seksjonsleiar Pål Ove Vadset, Seksjon for helsetenesteutvikling

Spesialrådgjevar Arne Eriksen, Psykiatrisk divisjon

Rådgjevar Anne Kvalheim, FoU-avdelinga, Helse Bergen

Rådgjevar Birger Skilbrei, Seksjon for helsetenesteutvikling, har bidrege med analyse av pasientdata.