

 Akershus universitetssykehus	 	Dato: 12.05.10	Produsent: Kim P.Augestad Anna Marie Galambos	Side: 1 / 60
”Samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.” Sluttrapport		Versjon nr: 1 GB arkiv nr:01969		

Prosjektrapport

”Samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.”

Samhandlingsmodeller, metoder, verktøy og implementeringen av disse.

Et samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus HF v/ Divisjon Psykisk Helsevern, Avdeling Spesialpsykiatri og kommunene Ullensaker og Rømskog.

Prosjektperiode sept 2009 – mai 2010

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn for prosjektet.....	3.
2. Hvem er de ”alvorligst psykisk syke”?	6.
3. Felles erfaringer rundt pasientgruppen de ”alvorligst psykisk syke”	7.
4. Prosjektets overordnede mål	8.
5. Skjema for måling av kvalitet på samhandling innen psykisk helsevern.....	8.
6. Den faglige forankringen	11.
7. Presentasjon av generelle prinsipper og hvordan de spesifikt kan imøtekommes og sikres.....	16.
8. Presentasjon av de ulike verktøy	21.
9. Presentasjon av kartleggingsskjema, grunnlagsdata, tester og testresultater.....	33.
10. Hva har vi gjort? Hvor har vi vært?	45.
11. Erfaringene fra kommunene	48.
12. Erfaringene fra Avdeling spesialpsykiatri.....	53.
13. Hva fikk vi til?.....	57.
14. Hva ble utfordringene?.....	58.
15. Veien videre	59.
16. Oversikt over vedlegg.....	61

1. Bakgrunn for prosjektet

Divisjon Psykisk Helsevern ved Ahus engasjerte i februar 2008 faglige ressurser for

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

å få hjelp med pasienter, der det var vanskelig å få til en stabil etablering i kommunen. Det ble besluttet å arbeide vidt, men spesifikt rundt to pasienter innlagt ved Avdeling Spesialpsykiatri.

Arbeidet ble slutført i form av en rapport på hver pasient. På bakgrunn av dette arbeidet ble det besluttet at det ved ASP skulle jobbe med bl.a.

- Møtestruktur
- Behandlingsplaner, kriseplan
- Internundervisning
- Kollegiale veiledningsgrupper

Avdelingen etablerte et prosjekt ”Tunet”, en utprøving av 3 overgangsboliger for alvorlig psykisk syke, som det var vanskelig å etablere et stabilt tilbud til i kommunen. Prosjektet varte i perioden april – sept 2008.

Evalueringsrapporten viser til at pasientene har hatt nytte av sitt opphold i overgangsboligen ”Tunet”. Det pekes på at ansvarsgruppemøte, tett samarbeid med kommune, DPS (Distrikts psykiatriske senter) og utarbeidelse av Individuell plan (IP) og kriseplan er viktige prinsipper.

Avdeling Spesialpsykiatri sammen med Ullensaker og Rømskog kommune søkte Sosial – helsedirektoratet om prosjektmidler til et samhandlingsprosjekt på bakgrunn av dette.

Samhandlingsprosjektet fikk ”*Tilskudd til utvikling av organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller*”.

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til utvikling av organisatoriske forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak jf. St. prp. Nr. 1 (2008 – 2009). Det er beskrevet at:

- *Prosjektet skal bidra til at mennesker med psykiatriske lidelser med eller uten rusmiddelbruk og kognitiv svikt mv. med langvarig og sammensatt behov for bistand, sikres et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjeneste tilbud.*

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

- *Brukerperspektivet skal komme tydelig frem og samhandlingsmodellene skal ta utgangspunkt i brukernes behov for tjenester*

Tildelingen ble gitt i juli 2009.

Arbeidet med å få på plass prosjektleder, faglig leder og representanter fra kommunene i prosjektgruppen ble startet, og prosjektperioden ble fra 01.09.09 – 01.05.10.

Det ble innleid spesialist i psykiatri som faglig leder i prosjektet i 60 % stilling.

Flere konkrete problemstillinger er gitt i mandatet som prosjektgruppen utarbeidet og som denne rapporten forventes å svare på til 1. mai 2010.

Presentasjon av Avdeling Spesialpsykiatri, Ullensaker og Rømskog kommune

Avdeling Spesialpsykiatri:

Pasienter i behov av lengre tids opphold i spesialisthelsetjenesten under rammer av lukket dør.

Seksjon A: 12 pasientplasser

Seksjon B: sikkerhetsseksjon 8 pasientplasser

Tunet – overgangsboliger med 4 leiligheter

Seksjon C: 12 pasientplasser

Ullensaker kommune:

29 088 innbygger

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Helsevern og sosial omsorg:

- Helsevern, fengselshelsetjenesten, legevaktjenesten, avd. for psykisk helsevern, avd. for rus og avhengighet, fastleger
- Hjemmetjeneste med hjemmesykepleie, 3 PRO distrikt – Jessheim vest, øst og Kløfta
- Avd. for rehabilitering, utredning og forebygging
- NAV

Politi – Romerrike politidistrikt

Rømskog kommune:

688 innbyggere

Helsetjenesten lokalisert til Helse- og sosialsenteret:

- Sykehjem, hjemmesykepleien knyttet opp mot sykehjemmet
- Fastlege, legevaktjeneste, NAV
- 30 % stilling psykiatrisk sykepleier
- Hjelpepleier med psykiatrisk videreutdanning

Politi – lokal lensmann, Østfold politidistrikt

2. Hvem er de "alvorligst psykisk syke"?

Prosjektet navn er "Samhandling med og om de *alvorligst psykisk syke*."

Med alvorlig psykisk syke menes:

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.
Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.
Anna Marie Galambos, prosjektleder
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

- Mennesker med psykoselidelser som for eksempel schizofreni, som samtidig har atferd og/eller funksjon som krever en bred tilnærming.
- Mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse (ustabil emosjonell personlighetsforstyrrelse, ICD 10), som samtidig har atferd og/eller funksjon som krever en bred tilnærming.

Atferd og funksjon som ofte krever en bred tilnærming er ulike typer destruktiv atferd i vid forstand, som for eksempel rusatferd, selvskadingsatferd, selvmordstruede over tid og aggressiv atferd. Aggressiv atferd inkluderer vold og trusler om vold.

Denne pasientgruppen er i behov av at ”mange ting kommer på plass” for at en etablering til et verdig liv i kommunen skal lykkes.

Det er:

- riktig behandling
- egnet bolig
- meningsfull aktivitet på dagtid/arbeid
- trygg økonomi
- støtte i forhold til ivaretagelse av sosiale relasjoner
- støtte i ivaretagelse av egenomsorg
- at sikkerhetsaspekter er ivare tatt

Pasientenes viktigste daglige utfordring er: egen omsorg og pleie, regelmessig inntak av foreskrevet medikasjon som har vist seg å være til nytte, etablering og vedlikehold av konstruktive sosiale relasjoner, meningsfull aktivitet på dagtid og evnen til å avstå fra risikoatferd som innebærer risiko for skade av seg selv og andre.

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Pasientgruppen har ofte en spesiell sårbarhet for stress og tåler dårlig usikkerhet og uklare rammer. Det kan fort føre til tilbakefall av psykose og overveldende følelser med risiko for svikt av impuls kontroll. Institusjonalisering og tillært hjelpeløshet bør unngås. Erkjennelsen av å være avhengig av andre samtidig å ivareta behovet for autonomi kan være krevende grenseoppganger.

De alvorligst psykisk syke er de pasientene det har vist seg vanskeligst å få til en stabil og god etablering for i kommunene, hvor det er av vesentlig betydning med god samhandling for å lykkes.

3. Felles erfaringer rundt pasientgruppen de "alvorligst psykisk syke"

Det har vist seg å være vanskelig å få til en varig og god rehabilitering av denne gruppen av pasienter. Målet er et liv som er verdt å leve i kommunen. Sykehusavdelinger, kommunene, pasientene og pårørende har ofte felles erfaringer med at denne pasientgruppen blir "kasteballer" i systemet. Behandlingen bærer ofte preg av "brannslukning" med korte akutt innleggelse, uten effektive overordnede behandlingsprogrammer. Det kan være vanskelig å få til en behandlingsallianse med pasientene. Frustrasjonen er stor både hos pasienten, i behandlingsmiljøene, i kommunen og hos pårørende, da betydelige ressurser brukes på mange nivåer, uten at det fører frem. Mange ressurser anvendes innenfor denne pasientgruppen allerede, og mye gjøres. Allikevel er opplevelsen ofte at en kommer til kort og at lite nytter. De involverte hjelpeinstanser, som kommune, sykehus og pårørende, preges ofte av avmakt og hjelpeløshet.

Det behandlingsmiljøene og kommunen har felles, er pasientene. De er de samme uansett hvor de henvender seg. De er vårt felles prosjekt, uansett hvor vi treffer dem.

4. Prosjektets overordnede mål

Prosjektets overordnede mål er å bidra til en mer vellykket etablering av pasientene i kommunene. Vellykket etablering vil si en stabil forankring i kommunen med de tjenester som er nødvendige for å få til et liv, som er verdt å leve.

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Det er mange ting som ”må på plass” i forhold til pasientene og rundt pasientene. God samhandling er helt essensielt. Alle parter - pasienten, pårørende, behandlingsmiljøene og kommunen, bør derfor oppleve en større grad av helhet og sammenheng i behandlings- og tjenestetilbudet. Behandlings- og tjenestetilbudene må være fokuserte og godt koordinerte.

Prosjektet har som mål å vise en modell for god samhandling i praksis, ved å beskrive generelle prinsipper for god samhandling og presentere spesifikke verktøy og metoder å arbeide verktøyene frem på i ulike samhandlingsarenaer.

Prosjektet har til hensikt å vise at ved å ta i bruk prinsippene og verktøyene vil kvaliteten på behandlingen og samhandlingen bedres.

5. Skjema for måling av kvalitet på samhandling innen psykisk helsevern.

Samhandling **med** og **omkring** pasientene med alvorlig psykose diagnose og alvorlig funksjonssvikt som følge av personlighetsproblematikk er helt vesentlig i behandlingen og rehabiliteringen.

[Skjema for kvalitetsmåling av samhandling](#)¹ har spørsmål knyttet til hver av de samhandlingsarenaene vi mener er avgjørende innen psykisk helsevern. Skjemaene ble utviklet i dette prosjektet. De er i prosjektet blitt prøvet ut på personalet ved ASP og personalet i Ullensaker og Rømskog kommune og på de enkelte pasientene som har deltatt i prosjektet. Målingene fant sted både ved start for intervensjonsfasen 01.01.10 og ved intervensjonsfasens slutt april 2010.

Denne målingen av kvaliteten av samhandlingen som prosjektet har utviklet, består av to skjemaer. Det ene skjema er for helsepersonell og det andre for pasientene. Det er de samme samhandlingsarenaene som skåres og spørsmålene er forsøkt formulert mest mulig likt for begge grupper. Spørsmålene som stilles tar utgangspunkt i opplevelsen av innflytelse og om synspunkter etterspørres, opplevelsen av respekt og av kontinuitet og helhet i tjenestetilbudet.

¹ Skjema kvalitetsmåling av samhandling
Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.
Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.
Anna Marie Galambos, prosjektleder
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Det spørres om man har tilfredsstillende tilgang til nødvendig informasjon, om behovet for veiledning blir møtt, om man har utbytte av ansvarsgruppemøter og individuell plan, om tilnærmingen oppleves enhetlig, om de er trygge på at tilbudet som gis faktisk er den behandlingen pasienten er i behov av og om en opplever rask og nyttig hjelp ved kriser. Videre spørres det om pasient eller helsepersonell kjenner til hva en selv eller andre kan gjøre for å være mest mulig til nytte for pasienten ved kriser.

Delen om samhandling **med** pasienten handler om modeller og metoder som brukes for å oppnå og vedlikeholde en behandlingsallianse på. Behandlingsalliansen er etablering av et samarbeid rundt målene og metodene som skal anvendes, og den tiden som skal brukes for å oppnå målene. Pasienten skal være trygg på at behandlingen som tilbys faktisk har vist seg å være effektiv mot det de søker lindring for.

Det er brukerperspektivet/pasienten som skal være i fokus. Det vil si at samhandling handler om å vise interesse også for pasientens alminnelige liv, dvs. deres pårørende, deres ressurser og interesser osv. En god samhandling bygger på at en gjensidig opptrer med verdighet og respekt for hverandre som likeverdige.

Samhandling **omkring** pasientene handler om modeller og metoder som skal brukes for å få til en god samhandling i behandlingsmiljøet rundt pasientene. Pasientene er avhengige av at mange ting er på plass for at de skal kunne lykkes i deres prosjekt med å få et godt og stabilt liv i kommunene. Å få alle disse ting på plass og å hjelpe pasienten med å holde alle disse ting på plass på best mulig måte, forutsetter en tverrfaglig samhandling. Her er det helt vesentlig at pasienten blir møtt på en enhetlig måte, for eksempel at det som skjer i individuell terapien kan gjenkjennes i miljøterapien. Pasientens møte med behandlingsmiljøet bør være gjenkjennelig, uansett hvilken utdanning og erfaring enkelte i behandlingsmiljøet møter pasienten med, eller i hvilken sammenheng de møter pasienten i. Det er essensielt å oppnå en stor grad av kontinuitet i det som tilbys. Derfor er det av vesentlig betydning for god samhandling å arbeide ut fra en fellesmodell for forståelse av pasienten, og vedkommendes behov og hvordan behovene best imøtekommes.

Samhandling omkring pasientene *eksternt* handler om en større grad av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og det tilbudet som er forankret i kommunen – pasientens alminnelige liv og hjelpe tiltak i kommunen. Det bør tilstrebes en større grad av kontinuitet mellom det

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

som skjer i døgnposter (inkludert DPS) evt. poliklinikker og det som tilbys i kommunene. Samhandling omkring pasientene dreier seg også om samhandling mellom de ulike instansene i kommunen. Det er vesentlig at hjemmetjenesten, politi, legevaktjeneste, fastlege, sosialtjenesten, barnevern osv. samarbeider der det er viktig for pasienten at det skjer. Samhandling omkring pasientene *internt* handler om en større grad av enhet og sammenheng mellom ulike avdelinger innen divisjonen. Pasientene bør gjenkjenne måten de blir møtt på uansett avdeling og erfare en helhet. Pasientene er i behov av å oppleve at tjenesteytere kommuniserer med dem og hverandre på en gjenkjennelig måte uansett hvor pasienten, for tiden, mottar sitt tilbud - ved akuttavdelingen, ved ASP, DPS døgn, DPS poliklinikk eller i all hovedsak i kommunen.

Dette samhandlingsprosjektet har i stor grad gått ut på å utvikle en modell og konkrete metoder for å få til en bedre samhandling, på alle de nivåene som er nevnt ovenfor i mange samhandlingsarenaer. Modellen og metodene er basert på en grunnleggende tenkning og viktige grunnleggende prinsipper. Det er tatt i bruk spesifikke verktøy og foreslått måter å tilpasse disse verktøyene. Dette er verktøy som allerede er i bruk i dag, innen psykisk helsevern, som behandlingsplan, ansvarsgruppemøter, individuell plan, kriseplan, koordinator og overgangsboliger. Prosjektet tilbyr nye måter å arbeide i disse samhandlingsarenaene på, som kan bedre samhandlingen.

6. Den faglige forankringen

Prosjektet er faglig forankret på flere måter.

- Fremst er den grunnleggende generelle kunnskapen omkring hva som skjer med et menneske når forvirring oppstår. Når et menneske opplever uvanlige ting, inntreer

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.
Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.
Anna Marie Galambos, prosjektleder
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

allmennpsykologiske prosesser. Med ”grunnleggende generell kunnskap” menes her kunnskap om hva som skjer når et menneske opplever uvanlige ting, som det å høre stemmer uten at noen snakker, og andre uforståelige opplevelser, kunnskapen om den naturlige prosess der mennesket raskt søker å finne mening i sine opplevelser, hvordan uforståelige ting allikevel gjøres forståelig osv. Når så pasienten, i denne forvirringen, finner frem til en forståelse/oppfatning kan denne oppfatningen av hvordan det hele henger sammen, være spesiell. Den kan være så spesiell, at den ikke deles av andre, og kan holdes for sann så sterkt, at det får konsekvenser for det menneskets væren, og dermed best kan karakteriseres som en vrangforestilling. Den uutholdelige forvirringen gir seg, og pasienten opplever på et plan en viss lettelse. Det er bedre å ”vite” at det er djevelen som snakker, enn uvissheten og forvirringen, rundt opplevelsen av å høre stemmene. Slik blir ofte nettopp den oppfatningen pasienten har av sine psykotiske symptomer til problemet. Men om en pasient kommer dit hen, at han ikke lenger er overbevist om at det var djevelen som snakket da han hørte stemmer, men at det var hans egne tanker som fremstod som stemmer, ville han ikke lenger legge så vekt på stemmene og bli så engstelig som følge av dem. Denne nye kunnskapen viser seg å redusere angst, depresjon, avmakt og destruktive handlinger hos mange av de mennesker som rammes av slike uvanlige opplevelser som psykosesymptomer innebærer.

- Mennesket finnes i mange ulike varianter. Noen varianter gir økt disposisjon for psykosesymptomer og enkelte har redusert stresstoleranse i forhold til hva andre har. Hos noen sårbare med redusert stresstoleranse vil visse erfaringer føre til psykosesymptomer, hos andre ikke osv. Denne kunnskapen er viktig å ha og viktig å kunne formidle pasientene på en tilpasset måte slik at de kan dra nytte av den.
- Grunnleggende forståelse og kunnskap om viktige prinsipper innen læring og læringspsykologi, innen motivasjon og endringsarbeid ligger også til grunn for tenkningen i prosjektet.
- Den faglige forankringen er der det tilbys håndfaste, tydelige modeller og metoder som lar seg lære og anvende.

De viktigste referansene som prosjektet er fundert på nevnes her:

Boken ”**Madness explained. Psychosis and Human Nature**” av Richard **Bentall**, utgitt i **2003** (Allan Lane 2003/Penguin Books 2004) er en viktig referansebok i prosjektet. Boken er

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

en oppsummering av mye av den tenkningen og forskningen som er blitt gjort innen klinisk biopsykologi og eksperimentell psykologi av betydning for psykoseforståelse. Der stilles det mange nyttige kritiske spørsmål til forståelsen og behandlingen av pasienter med psykoselidelser. Her beskrives allmennpsykologiske prinsipper som gjør seg gjeldende, også hos pasienter som hører stemmer eller har forfølgelsesforestillinger eller andre overbevisninger av utrolig karakter, og som strengt og fast holder på sine forestillinger. Det argumenteres for en kontinuumforståelse av mange fenomener, fra mistenksomhet, noe som enhver kan bli rammet av, til psykotisk paranoia, fra tristhet til alvorlig depresjon med mer. Boken ønsker psykosepasientene velkommen tilbake til menneskeheten. Det argumenteres for at det ikke er så stor forskjell på *dem og oss*, en forskjell han mener tilbudene som gis ofte preges av. Det er avgjørende å kunne forvalte kjennskap til begreper som Theory of Mind (ToM), Jump to Conclusions (JtC), attribusjonsstiler, nonverbal kommunikasjon og viktig kunnskap innen tilknytningsteori i forståelsen av pasientene. Mange av de problemene pasienter med psykose har er mer et resultat eller konsekvens av hvordan pasientene tenker (kognisjon) omkring sine opplevelser, enn selve opplevelsene.

”Håndbok i kognitiv terapi”, redaktør Arne Repål og Torkil Berge, 2008.

Kognitiv terapi er en helhetlig måte å tenke og forstå et menneske og dets problemer på. Boken er en bruksbok i kognitiv terapi, og nyttig for alle som er opptatt av endringsfokustert terapi.

Prinsippene som ligger til grunn for hele prosjektet og utformingen av malene/veilederne om hvordan arbeide/samarbeide i de ulike samhandlingsarenaene er hentet fra den kognitive tradisjon. Det legges vekt på ”timens indre struktur”, og et systematisk og kontinuerlig arbeid knyttet til etablering og vedlikehold av behandlingsalliansen. Veiledet utspørring er avgjørende som metode. Hjemmelekse, dvs. aktiv bruk av tiden i mellom ”timene”, og sikring av kontinuitet i arbeidet ”fra gang til gang” ved oppsummering fra forrige time, tydelighet og fokus i formuleringen av problemstillinger og klart formulerte tiltak er avgjørende. Øvelse, dvs. muligheten for innhenting av nye erfaringer som utfordrer tenkningen, er et grunnleggende prinsipp. Alle arenaer som representerer øvelsesarenaer for pasienten inkluderes i behandlingen. Miljøterapien er en stor og viktig øvelsesarena for pasientene. De er ofte i større grad i behov av ny erfaring, enn ny innsikt. Det å gjenkjenne tankefeil og arbeide systematisk med dem gjennom utforskning av automatiske tanker og grunnleggende

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

antagelser er ofte hjelpsomt. En gjennomgående bruk av 4 koloners skjema (ABC) for kartlegging av egenaktiverte tanker som grunnlag for forståelse av følelser/psykisk ubehag/kroppslige ubehag og håndtering av ulike opplevelser, er tatt i bruk i prosjektet. Likeverd og gjensidig respekt mellom pasient og tjenesteyter/behandlingsmiljøet, respekt for det arbeidet som gjøres, for helheten og for behovet av å tilby pasienter det de faktisk drar nytte av, er viktige prinsipper.

Mer lidelsesspesifikke kognitive modeller:

”Kognitiv terapi ved schizofreni” av Douglas Turkington og David Kingdon, 2007 (norsk oversettelse utgitt på Universitetsforlaget)

Boken er en veiledning i kognitiv terapi for de som arbeider med mennesker som har schizofreni. Forfatterne beskriver en tilnærming som er i overensstemmelse med aktuell forskningsmateriale om virkningen av en slik terapi. Prinsippet innebærer blant annet å utforske den første episoden, da den første usikkerheten og forvirringen oppstod og den forklaringsmodellen som da ble lagt til grunn. Denne første opplevelsen er ofte opphavet til de psykotiske forestillingene og avgjørende å arbeide med i terapien. Det vektlegges i vesentlig grad hvordan behandlingsalliansen etableres og vedlikeholdes, og hvordan den er en forutsetning for å kunne arbeide sammen. Også her gjelder prinsippet om likeverd og respekt for pasientene og for det pasienten mener er rett. Allikevel forventes det at terapeuten tilbyr seg som utforsker på området, viser genuin interesse for pasientenes forståelsesverden og for det som plager dem. Gjennom konkrete teknikker og måter å forholde seg på, tilbys det arbeid for å lindre ubehag ved stemmehøring, vrangforestillinger, tankeforstyrrelse og ved negativ symptomatologi.

”Dialectical behaviour therapy in clinical practice: Applications across Disorders and Settings”, 2007 av Linda A. Dimeff, Kelly Koerner, Marsha M. Linehan (forord).

Målet på vegne av pasientene i prosjektet er et liv verdt å leve i kommunene. Det er hentet fra denne tradisjonen. Tilbudet innebærer helhetlige og entydige behandlingsprogrammer, hvor innlæring av nye ferdigheter er av vesentlig betydning. Boken viser samtidig prinsippet om at en ting må gjøres ad gangen, og det viktigste først. Først må destruktiv atferd opphøre, lite kan bli gjort med død eller skadet pasient. Deretter arbeides det med å få en felles forståelse med pasienten om hva som er problemet, hvordan det kan forstås, hva som er målet med

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

behandlingen og hvilke metoder som skal anvendes. Hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (DSM IV) legges det stor vekt på å arbeide mens pasienten er plaget, altså når pasienten opplever emosjonell dysregulering, og ikke bare når pasienten er utenfor dette og rolig.

Dialektisk atferdsterapi er basert på Linehans bio-sosiale teori om borderline personlighetsforstyrrelse. Lidelsen forstås som en konsekvens av at følelsesmessige sårbare individer vokser opp i ikke - anerkjennende/ ikke - validerende oppvekstmiljø. Følelsesmessig sårbare individer vil i denne sammenheng si personer med autonom nervesystem som reagerer kraftigere på relativt lave stressnivåer, og bruker lengre tid på å vende tilbake til utgangsnivået når stresset opphører. Et ikke - anerkjennende/ ikke - validerende oppvekstmiljø referer til der hvor *signifikante andre* i barnets oppvekst regelmessig diskvalifiserer barnets opplevelser og deres formidling av dem som upresise og korrigerbare. Barnets personlige måter å kommunisere på blir ikke akseptert. Barnet går glipp av læring i å kunne forstå egne følelser, og å kunne navngi sine følelser og å stole på egne responser på hendelser. Det blir en manglende evne til å forstå og regulerer egne følelser, en emosjonell dysregulering.

“Metacognitive therapy for anxiety and depression” skrevet av Adrian Wells, 2009.

MCT er en videreutvikling av kognitiv terapi som i utgangspunktet ble utviklet av Aaron Beck, men med mange viktige bidragsyttere fra 1960 tallet og frem til i dag. Kognitiv terapi har vist seg å være en nyttig forståelsesmodell og behandlingsmodell som tilbyr effektiv behandling for pasienter innen hele spekteret av psykiatriske diagnoser. Adrian Wells har gjennom sin forskning og mangeårig erfaring med ulike typer pasienter identifisert de tankeprosessene som synes å være helt vesentlige for utvikling og vedlikehold av alle typer av psykisk ubehag. Det som er felles nevneren for alle typer av lidelser er en uttalt og overdreven tendens til bekymring og grubling og leting etter mulige farer. Videre er det generelt en utvikling av unngåelsesatferd som ofte kalles vedlikeholdende atferd, som har til sikte å redusere psykisk ubehag, men ofte heller bidrar til å gi næring til fortsatt ubehag eller forverring av det. MCT tilbyr modeller og behandlingsprogrammer rettet mot de ”toksiske” tankeprosessene, både generelle og mer diagnosespesifikke. Det er ikke innholdet i hva man er bekymret for, som er av betydning i terapien. Det er det samme om det er stemmer en hører

og hvordan en person forstår dem, eller det å ta heis eller fly, men det er tankeprosessen, bekymringsprosessen, som er gjenstand for endring og behandling.

Case management modellen ble utviklet i USA som en følge av nedleggelsen av psykiatriske sykehus (de-institusjonaliseringen av pasientene og pasientbehandlingen). ACT (Assertive Community Treatment) er en intensiv variant av case management. Faktorer som en grundig kartlegging av pasientens behov, en skriftlig nedtegning av behovene, regelmessig evaluering og maler for implementeringsarbeidet for å gjøre modellen kjent, er viktige elementer i modellen. Modellen tilbyr ikke behandlingsprogrammer eller kliniske forståelses modeller, derfor er innholdet i det som tilbys svært varierende.

Care Programme Approach (CPA) ble utviklet i Storbritannia og introdusert som en modell og metode i 1991. I 1996 ble tilnærmingen utgangspunktet for organiseringen av psykisk helsevern i Storbritannia, hvor pasientens forankring i kommunene er helt entydig. Tilnærmingen innebærer at helse og sosialtjenestene kartlegger behov, nedfeller disse og hvordan behovene best kan imøtekommes i en skriftlig plan, får på plass en koordinator og sørger for regelmessig evaluering av planen sammen med pasienten og de aktuelle tjenesteyterne, opp mot hva som er pasientens rettigheter. I 1999 ble det til noen endringer som innebar større vektlegging på koordinators rolle, formulering av kriseplan og sikring av meningsfull aktivitet på dagtid samt sikring av pårørendes behov.

7. Presentasjon av generelle prinsipper og hvordan de spesifikt kan imøtekommes og sikres

Samhandlingsprosjektet forholder seg til et spekter av samhandlingsarenaer:

- Mellom pasient – psykiater/psykolog
- Mellom pasient – miljøpersonal (sykepleier, miljøterapeut med mer)
- Mellom psykiater/psykolog- miljøpersonal

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

- Arbeidet i det tverrfaglige miljøet
- Mellom ulike seksjoner i en avdeling
- Mellom ulike avdelinger i en divisjon
- Mellom spesialist helsetjenesten og kommunen
- Mellom de ulike etater (for eksempel legevaktstjeneste, politi, fastlege, NAV, hjemmetjenesten, sosialtjenesten, spesialist helsetjenesten, helsetjenesten)

De samme prinsippene og verktøyene kan anvendes i hele spekteret av samhandlingsarenaer. De samme holdingene og prinsippene kan gjøres gjeldende uansett hvor vi treffer samarbeidspartnere, uansett om samarbeidspartneren er pasienten eller behandlingsmiljøet/tjenesteytere. Dette prosjektets særpreget er at de prinsipper, tenkemåter, verktøy og metoder som er blitt utviklet, kan anvendes uansett hvor pasienten befinner seg, både i spesialisthelsetjenesten, i kommunehelsetjenesten og i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Prosjektet baserer seg på verktøy som allerede finnes, slik som behandlingsmøter, Individuell plan, kriseplan, ansvarsgruppemøter og overgangsboliger, og tilbyr måter/verktøy å arbeide dem fram på som bedrer samhandlingen. Verktøy som kan anvendes i alle kommunene/bydelene og ved alle avdelingene i divisjonen. Ressurspersoner fra kommunene og de ulike avdelingene bør etableres i en gruppe for å sikre kompetansen rundt de ulike verktøy og holde årlige evalueringsmøter for eventuelle innspill om justeringer. Koordinatorfunksjonen anbefales oppprioritert. De bør komme tidligst mulig på banen når pasienten blir vurdert til å være i behov av sammensatte og kontinuerlige tjenester. Koordinatorene i de ulike kommunene bør ha en felles møteplass og inviteres inn til spesialisthelsetjenesten regelmessig, minst ved årlige samlinger. De bør sikres tilstrekkelig vilkår for å kunne ivareta sine oppgaver, ([vedlegg koordinator²](#)). Koordinatorenes arbeid må kvalitetssikres gjennom undervisning om koordinators funksjon og Individuell plan, og det må sikres at de blir godt tatt i mot i behandlingsmiljøene ved akuttavdelingen, DPS og ASP for samtale med pasienten og for samarbeid med behandlingsmiljøet.

² Koordinators rolle

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Pasientene er i behov av en enhetlig tilnærming. Hvor enn pasienten møter tjenesteytere er det den samme tilnærmingen som bør gjelde. Det er høyst avgjørende med en enhetlig tilnærming og at det fattes beslutning om hvilken modell en skal velge for å forstå pasientene med, dermed hvilket begrepsapparat som skal anvendes og hvilke metoder som skal tilbys i behandlingen og rehabiliteringen av dem. Uansett hvor pasientene treffer helsepersonell bør pasienten gjenkjenne samme måte helsepersonell forholder seg til dem på.

Hospiteringsordninger rundt arbeidet med aktuelle pasienter bør etableres der det er behov for overføring av konkret kunnskap om enkelt pasienter fra personal i døgnpost til bemanningen i kommunal bolig.

Ressurspersoner fra kommunene og de ulike avdelingene vil kunne bidra til å vedlikeholde en enhetlig tilnærming. Koordinator vil være en viktig person for ivaretagelse av kontinuiteten og den enhetlige tilnærmingen. Koordinator for Individuell plan har ansvar for å koordinere tjenestetilbud. Felles fagdag med aktuelle temaer vil være et virkemiddel for å ivareta den felles tilnærmingen. Kompetansehevingsprogrammer med deltagere både fra kommunene og fra sykehusavdelingene anbefales.

Pasientene må tilbys behandlingsprogrammer som har vist seg å være til nytte for det pasienten henvender seg for. Det som tilbys skal være evidensbasert.

Behandlingsmiljøet bør kunne gjøre rede for det kunnskapsnivået tilbudet befinner seg på. Alt som tilbys skal være faglig forankret. Pasienten og pårørende bør kunne være trygge på at det som tilbys når man henvender seg, har vist seg å være til nytte gjennom undersøkelser. Behandlingsprogrammer som er utviklet bør gjøres tilgjengelige for pasientene. Det finnes behandlingsprogrammer, som er utviklet internasjonalt for ulike typer lidelser. Disse bør implementeres i norske behandlingsmiljøer, slik at de blir tilgjengelig der de er tiltenkt å virke, nemlig ovenfor pasientene.

Behandlingsprogrammer slik de er, bør følges, og ikke tilrettelegges for det enkelte behandlingsmiljøet. Holdninger om å plukke det som passer og la andre deler være bør ikke gjøre seg gjeldende. Det er nettopp helheten i programmene som har vist seg å være effektiv, og ikke en tilpasset versjon.

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Pasientene er i behov av et bredt biopsykososialt tilbud i behandlingen, rehabiliteringen og ivaretagelsen, dvs. i tillegg til den psykofarmakologiske behandlingen et bredt psykososialt tilbud. Pasientene er i behov av at behandlingsprogrammer gjøres tilgjengelige. Tilbudets innhold bør tydeliggjøres for pasientene, deres pårørende og samarbeidspartnere, slik at pasientene og deres pårørende og samarbeidspartnere vil kunne oppnå bedre kunnskap om forventet effekt av det som tilbys.

Pasientene og deres behov skal være i sentrum for vårt virke

Partene som skal samhandle må ha god kjennskap til hverandre og til hverandres tilbud. Gjennom besøksordninger og hospiteringsordninger med omvisninger osv. bør man tilstrebe og få bedre kjennskap til hverandre. Ansvarsgruppemøter kan med fordel holdes i kommunene selv om pasienten er innlagt. For å kunne bli bedre kjent med hverandre anbefales felles fag dager. Etablering av ressursgrupper vil bidra til bedre kjennskap til hverandre. Oppdaterte informasjonsmapper som ligger lett tilgjengelig i de ulike kommunene og de ulike avdelingene, vil også bidra til bedre kjennskap til hverandre.

Pårørende har egne behov og rettigheter uavhengig av om pasienten ønsker et samarbeid med pårørende eller ikke. Det bør legges til rette for samarbeid med pårørende. Pårørende bør ha egen kontaktperson i behandlingsmiljøet. Det er viktig med åpenhet ovenfor pasienten i forhold til kommunikasjonen med pårørende.

Diagnostikk og grundig kartlegging av pasientens problem er avgjørende for valg av tiltak. Diagnostikk er utgangspunkt for valg av behandlingsprogrammer.

Pasientene skal tilbys behandling og omsorg på *lavest mulig nivå*, nærmest mulig det alminnelige liv.

Kontinuitetsprinsippet står sterkt i prosjektet. Det bør tilstrebes gode overganger for pasientene ved overføring mellom ulike avdelinger og mellom poliklinikk og sengepost og mellom kommunehelsetjenesten og sykehusavdelingene. Enhetlig

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

tilnærming støtter opp mot kontinuitetsprinsippet med mer. Det bør tilstrebes en kontinuitet i behandlingen. Uansett hvor pasientene treffer psykiatrien skal de forvente å finne den samme måten å bli møtt på. Det bør tilstrebes gode overganger ved å innhente nødvendig kunnskap fra kommunen til formulering av kriseplaner, og Individuell plan og til bruk i ansvarsgruppemøter. Gjennom hospiteringsordninger kunne ivareta overføring av viktig kunnskap rundt pasienten fra døgnposter til bemanninger i kommunale boliger. Kontinuitetsprinsippet bør også tilstrebes ved at pasienten har kontakt med det alminnelige liv i kommunen, slik som turer til bibliotek, svømmehall, bruk av tur områder i kommunen og besøk til egen leilighet selv under innleggelse. Videre vil kontinuitetsprinsippet fremmes ved at pasienten har kontakt med sin fastlege for somatiske klager, ha kontakt med evt. psykiatrisk sykepleier eller andre i kommunen, selv om vedkommende er innlagt sykehus. Det samme gjelder oppfølging ved DPS poliklinikk, selv under innleggelse i sengeavdelinger. Koordinator vil kunne representere kontinuiteten.

Prinsippet om likeverd gjelder alle nivåer og i alle samhandlingsarenaene. En skal møte pasientene og hverandre med respekt, åpenhet og med likeverd.

Alle mennesker skal støttes til å kunne delta på lik linje i samfunnet.

Behandling og rehabilitering skal være individuelt tilpasset og i tett samarbeid med pasienten og deres pårørende.

Det er nødvendig med større vekt på behandlingsalliansen. Det er nødvendig å lære metoder å arbeide frem og vedlikeholde behandlingsallianse på. Behandlingsallianse er allianse med pasienten om hvilket problem det skal arbeides med, hva som skal oppnås, hvilke metoder som skal anvendes og hvor lang tid en skal bruke på jobben. Behandlingsalliansen vil si et samarbeid med pasienten om hva slags ubehag som forventes lindret, hvilket mål en skal ha, hvilke metoder en skal ta i bruk for å nå målet, og hvor lang tid en forventer å bruke på oppgaven. Dette avtales med pasienten. Det arbeides systematisk for å få til en slik avtale.

Kompetansehevingsprogram innen kognitiv terapi generelt og i lidelsesspesifikke behandlingsmodeller som DBT for Borderline personlighetsforstyrrelse med selvskadingsatferd og Kognitiv terapi ved schizofreni er påkrevet for å kunne tilby pasientene behandling.

Å arbeide frem anvendelige kriseplaner er en viktig del av behandlingen av pasientene.

Tilbudene som gis bør evalueres regelmessig og justeres etter behov.

Det er behov for tilpasset informasjonsmateriell for pasienter og tilsvarende tilpasset undervisning for pasientene. Pasientene kan med fordel undervises i fellesskap.

Det er behov for ”hvordan gjøre det i praksis” veiledere/maler som hjelpemiddel i å endre på praksis, etablere nye holdninger og for læring av konkrete måter å arbeide frem verktøy på.

Veilederne/malene er til for å følges og ikke til å plukke fra.

Behovet for kontinuerlig veiledning kan imøtekommes ved etablering av kollegiale veiledningsgrupper. Det er behov for kontinuerlig veiledning av helsepersonell som arbeider innen psykiatrien. Dette kan med fordel gjøres ved etablering av kollegiale veiledningsgrupper og innhenting av ekspert veiledning ved behov.

DPS er ”lokalsykehus” og skal kunne tilby akutt og langtids vurderinger og behandlingsprogrammer både ved poliklinikkene og ved sengepostene når pasientene vurderes å ikke være i behov av de rammer akutt avdelingen og ASP tilbyr. DPSs veiledningsplikt ovenfor kommunene kan med fordel tilrettelegges bedre og vektlegges i helheten. Pasientene har behov av en mer fleksibel tilknytning til poliklinikk og sengepost ved DPS. Selv om pasientene er innlagt skal de kunne ta i bruk DPS ressurser.

Det bør legges vekt på innhenting av kunnskap fra personale i kommunen, fra pårørende og fra DPS evt. fra akutt avdelingen i formulering av kriseplaner, på

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

ansvarsgruppemøter, ved formulering av IP og gjennom hospiteringsordninger for overføring av kunnskap rundt enkelt pasientene. Pasienten skal støttes til å opprettholde kontakten med det alminnelige livet i kommunen under innleggelse ved besøk til bibliotek, svømmehall, turområder, egen leilighet med mer. Pasienten må kunne benytte seg av sin fastlege for somatiske klager selv om vedkommende er innlagt.

8. Presentasjon av de ulike verktøy

Møteaktiviteten

Møteaktiviteten i en seksjon har betydning for kvaliteten på samhandlingen. Seksjonenes enkelte møter ble gransket med hensyn til hvilke funksjoner møtet hadde, og om de metodene som ble tatt i bruk løste oppgavene. Mange innen psykisk helsevern har en opplevelse av stadig å måtte gjenta seg. Det er behov for at alle beskytter hverandre mot unødvendige gjentakelser og at alle hjelper hverandre å fokusere på oppgavene i forhold til pasientene. Flere har en opplevelse av unødvendig møteaktivitet, og ønsker mer tid til direkte pasientarbeid. Pasienter etterlyser mer tid med personal og psykolog/ psykiater.

Møteaktiviteten ble redusert betraktelig ved ASP. Overlege/behandler deltar på morgenrapportene i seksjonene, som også inkluderer planlegging av dagen. Derneft ble det etablert ukentlig kollegiale veiledningsgrupper av en til en og halv timers varighet som del av den ordinære driften. Behandlingsmøter holdes en dag i uken (se eget punkt). Minitimeam, dvs. en arbeidsgruppe, dannes etter initiativ fra behandlingsmøtet, hvor medlemmene er de som forventes å bidra til å løse den aktuelle oppgaven. Intern undervisning holdes ukentlig.

[\(vedlegg møteplan³\)](#)

Behandlingsmøter/behandlingsplan

Ukentlig holdes det møter med det tverrfaglige personalet i seksjonen. Disse møtene kalles behandlingsmøter. Om en profesjon er forhindret i å delta, har vedkommende ansvar for å kommunisere sitt bidrag til en kollega, slik at alle funksjoner er representert i møtet.

Behandlingsplan for den enkelte pasient for en gitt periode, oftest 14 dager fremover, arbeides

³ Møteplan

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

frem i behandlingsmøtene. De ulike profesjoners bidrag knyttes opp mot pasientens behov og problemstillinger. Det er pasientens behandling og ivaretagelse som settes i sentrum. De ulike problemstillingene og tiltakene de enkelte bidrar med, formuleres opp mot den overordnede målsetting og de delmål som settes.

Møtene arbeider frem og formulerer det seksjonen og pasienten skal fokusere på i behandlingen og ivaretagelse av vedkommende de neste 14 dagene. Det brukes den tid som trengs. Deltagerne har et fellesansvar for at møtene er fokuserte og at det tas opp det seksjonen er i behov av, for å kunne løse oppgaven. Enhver har selv ansvar for eget utbytte av møte.

Pasientene og samarbeidspartnere blir informert om hvilken ukedag som er valgt som møtedag. På denne dag legges det opp til minimumsbemanning, turer med pårørende og andre aktiviteter som ikke involverer personalet. Selve møtet er et arbeidsmøte.

Overlegen forankrer møtets innhold faglig, og er ansvarlig for sikring av metaperspektivet, pasientens overordnede målsetting og helheten i tilbudet. Møtet ledes av en fra miljøet som kjenner pasienten godt, gjerne primærkontakten. Vedkommende formulerer behandlingsplanen for neste periode i møtet etter *mal for behandlingsplan* ([vedlegg behandlingsplan⁴](#)). Deltagerne er behjelpelig med formuleringene av problemstillingene og tiltakene i behandlingsplanen. Flest mulige personer i miljøet deltar for læringseffekten. Ellers prioriteres deltagelse fra det personalet som er mest relevant i forhold til den aktuelle pasienten. For hvert tiltak utpekes det en ansvarlig for at tiltaket gjennomføres, og for at det gis tilbakemelding ved neste møte. Ansvar for tiltak fordeles best mulig.

Primærkontakt snakker med pasienten i forkant og presenterer pasientens ønsker på behandlingsmøtet. Møtene følger en struktur ([vedlegg behandlingsmøte⁵](#)). På hvilken måte tilbakemelding til pasienten gis i etterkant av møtet og av hvem, bestemmes i møtet.

Kollegiale veiledningsmøter

Kontinuerlig veiledning som del av den ordinære driften anbefales. Det ble etablert slike grupper ved ASP og i kommunene. Ukentlige holdes faste møter av en - til en og en halv times varighet. Deltagerne er personalet på jobb den dagen. Deltagelse prioriteres, oppmuntres til og tilrettelegges for fra ledelsens side. Deltagerne møter i tide, og avbrytelser unngås. Ekspertveiledning skjer ved etablering av gruppene, og innhentes etter behov min.

⁴ Behandlingsplan

⁵ Behandlingsmøter

hver 6. måned. Møtet krever ingen forberedelse og der er ingen agenda i forkant. Referatbok etableres. Referent og møteleder utpekes ved hvert møte. Det føres inn hvem som er til stede. Møtet innehar en indre struktur ([vedlegg kollegaveiledningsgrupper⁶](#))

Metoder det legges vekt på er oppsummering, konkretisering og nyansering. Fire koloners skjema – situasjon, tanker, følelser og atferd ([vedlegg fire koloners skjema⁷](#)) blir regelmessig tatt i bruk for tydeliggjøring av tanker som aktiveres, og som blir gjenstand for nyansering og evt. endring. Slik håndteres og lindres ubehag, og alternative handlinger finner sted.

Tydeliggjøring av problemstilling, før tiltak diskuteres, legges det stor vekt på. Tiltak formuleres på en konkret måte. En av deltagerne påtar seg ansvar for å føre problemstillingen videre. Det er et felles ansvar at temaene som tas opp ”landes” før møtet avsluttes.

Kriseplan

Kriseplanen skal begrense skadeomfang ved kriser, både for pasienten selv og for omgivelsene. Den skal bidra til å fremme mestringsopplevelse hos de involverte og mer effektiv bruk av ressurser.

Kriseplanen er pasientens plan. Den formuleres i spesialisthelsetjenesten i tett samarbeid med pasienten. Å arbeide frem en kriseplan er en del av behandlingen og samtidig et viktig forebyggende arbeide. Alle pasienter med behov for langvarig, sammensatte og kontinuerlige tjenester skal ha en kriseplan. Det innhentes kunnskap om evt. tidligere kriser fra pårørende, kommunehelsetjenesten og andre. Kriseplanen formuleres med pasientens egne ord. Pasient og overlege underskriver kriseplanen og kopi sendes til samarbeidspartnere etter samtykke fra pasienten. Kriseplanen er del av Individuell plan. Koordinator er ansvarlig for at kriseplanen evalueres hver gang kriseplanen har vært brukt og ved IP evalueringer.

Veiledning i arbeidet med kriseplan:

1. Tidlige fase

Begynn arbeidet med kriseplan tidlig. Innhent informasjon omkring tidligere kriser. Kontakt pårørende, samarbeidspartnere i kommunen og samtale med pasienten om tidligere erfaringer. Innhent kunnskap fra miljøets kontakt med pasienten. Arbeid systematisk med kunnskap om varselstegn (bruk gjerne hjelpemidler)

2. Det direkte arbeidet med kriseplan

⁶ Kollegiale veiledningsgrupper

⁷ Fire koloners skjema

Arbeid med behandlingsalliansen. Oppsummer tidligere erfaringer med kriser, med varselstegnene og med de tiltak og mestringsstrategier som har vært brukt.

3. Arbeid med den fremtidige mulige krisen

Hva vil kunne skje? Hvordan vil pasienten kunne vite at det er kritisk? Hva vil pasienten helst prøve å unngå? Hva kan pasienten gjøre selv, hva kan andre gjøre?

4. Konkret formulering av en kriseplan

Formuler kriseplanen med pasientens egne ord. Lag forslag basert på samtalen med pasienten.

5. Forankring av kriseplanen hos pasienten

Sjekk at pasienten står for det som er blitt formulert, oppsummer og etterspør tilbakemelding. Juster om nødvendig.

6. Samarbeid med pasienten om å forankre planen hos de som forventes å skulle bidra

Hvem bør ha kopi, slik at de kan være mest mulig forberedt? Hvor kan den oppbevares slik at den er tilgjengelig for pasienten ved en eventuell krise?

7. Ferdigstill den hos bidragsytere

Ring rundt til samarbeidspartnere og les den opp. Spør om de synes dette høres greit ut. Sjekk adressen du skal sende kopi til.

8. Siste samtale med pasienten

Gi tilbakemelding fra ringerunde med samarbeidspartnere og samtale med pasienten om evt. justeringer. Sjekk om kriseplanen fremdeles høres bra ut. Skriv ut eksemplarer med dato og underskrift. Gjør notat om samtykkekompetanse. Informer om IP/kriseplan og evalueringsrutinene.

9. Evaluer selve arbeidet med kriseplanen

[\(vedlegg kriseplan⁸\)](#)

Individuell Plan

⁸ Kriseplan innen psykisk helsevern

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Malen er utarbeidet som følge av et behov for en fellesmal for somatikken og psykiatrien, både for sykehusavdelingene på Akershus Universitetssykehus og kommunene/bydelene i opptaksområdet.

Både mal for Individuell plan og veiledningen til bruken av malen, er utarbeidet på bakgrunn av en gjennomgang av flere eksempler på Individuell plan fra både kommuner og fra sykehusavdelinger.

For utfyllende informasjon om utarbeidelse av Individuelle planer se ”Forskrift om individuelle planer”, 2005 og ”Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan” fra Sosial- og helsedirektoratet, ”Tipshefte om individuell plan”, 2008 og ”Jeg har en plan!”, 2008 fra Helsedirektoratet i tillegg til ”Individuell plan for psykisk helse. Verktøy for planlegging og samhandling”, 2005 fra SINTEF Helse, med støtte fra Sosial – Helsedirektoratet.

Mal for Individuell plan og veilederen til bruken av malen, skal brukes i sin helhet, d.v.s. at det ikke er meningen å bruke deler av malen og/eller deler av veilederen. Dette betyr ikke nødvendigvis at alle feltene i den enkelte individuelle plan skal fylles ut. Dette må vurderes individuelt for hvert enkelt tilfelle.

Justeringer og tilpasninger på malen og på veilederen gjøres etter årlige samlinger for evaluering av malen og veilederen med representanter fra Akershus Universitetssykehus, ulike avdelinger med de aktuelle kommunene og bydelene.

Formålet med utarbeidelse av Individuell plan er å:

- kartlegge tjenestemottakerens/pasientens/brukerens behov, ressurser og mål.
- bidra til at tjenestemottakeren/pasienten/brukeren får et effektivt og helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne, tjenestemottaker og evt. pårørende, og mellom tjenesteyterne og ulike instanser.

Retten til å få utferdiget en individuell plan er hjemlet i Pasientrettighetsloven (i kraft 2001) og Sosialtjenesteloven (i kraft 2004). Plikten til å utarbeide Individuell plan er hjemlet i

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Sosialtjenesteloven, Lov om spesialisthelsetjenesten med mer.(i kraft 2002) og Kommunehelsetjenesteloven (i kraft 2001, endret 2003) og Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (endret ved lov 2006, i kraft 2007).

Tjenestemottaker/pasient/bruker har rett til å delta i arbeidet med sin Individuelle plan, og det skal legges tilrette for deltagelse. Planen skal utarbeides etter innhenting av tjenestemottakerens/ pasientens/brukerens samtykke.

Der hvor tjenestemottaker/pasient/bruker henvender seg til helse – sosialtjenesten, har denne plikt til å sette i gang arbeidet med individuell plan og plikt til å samarbeide med andre instanser om planarbeidet. Hver kommune etablerer en kontaktperson for koordinatorene i kommunen. Kontaktpersonen er ansvarlig for at det umiddelbart utpekes en koordinator, slik at planarbeidet kan påbegynnes. Koordinator har en koordinerende rolle i planarbeidet.

Den Individuelle planen bør inneholde mål som viser retningen for fremtiden og ta utgangspunkt i en helhetlig forståelse av tjenestemottakerens/pasientens/brukerens livssituasjon.

[\(Vedlegg mal for individuell plan⁹\)](#)

[\(Vedlegg veileder for utfylling av IP¹⁰\)](#)

Ansvarsgruppemøter

Ansvarsgruppemøter skal bidra til kontinuitet i behandlings- og tjenestetilbudet. De skal bidra til god samhandling med pasienten og mellom samarbeidspartene. De skal bidra til å redusere ressursbruken og sikre at effektive tiltak blir prioritert.

Ansvarsgruppemøter er samarbeidsmøter. Kun informasjon som vurderes som vesentlig for samarbeidet eller for kvaliteten av tilbudene blir gitt. Det er et fellesansvar å fremme relevante problemstillinger og finne løsninger/komme frem til tiltak, før møtet avsluttes. Hver deltager har selv ansvar for sitt utbytte av møtet. Tiltakene diskuteres først etter en grundig avklaring av problemstillingen. Oppsummering og innhenting av tilbakemelding på oppsummeringen

⁹ Individuell plan (IP)

¹⁰ Veileder IP

brukes som metode, for å sikre felles forståelse. Tiltakene spesifiseres og konkretiseres, og en ansvarlig for hvert tiltak utpekes.

De som vurderes som relevante samarbeidsparter i forhold til pasientens problemstillinger og behov blir innkalt. Dette drøftes med pasient, koordinator og pårørende (der det er aktuelt) i forkant. De som blir innkalt forpliktes til å stille, om enn med stedfortreder.

Møtene kan finne sted i kommunene eller på sykehus. Dersom pasienten er utskrevet holdes møtet i kommunen. Møtene varer i en time eller i en og en halv time, og holdes ved behov, men ikke sjeldnere enn hver 3. mnd. Pasienten deltar på deler av møtet. Det anbefales at samarbeidspartene har samtale med pasienten forut for møtet. Pasienten dras aktivt med inn i prosessen før, under den delen pasienten deltar i og etter møtet. Pasienten har en kontaktperson i møtet, det kan gjerne være primærkontakten. Samarbeidspartene stiller godt orientert om sine tilbud. Nytt møte avtales før møtet avsluttes.

Dersom pasienten er innlagt ledes møtet av overlegen. Ledelse av møtet er en viktig del av pasients behandling. Det arbeides med gruppeprosesser og samhandlingen fremmes aktivt til det beste for pasienten. Innholdet i møtet forankres faglig av overlegen. Dersom pasienten er utskrevet (fra psykisk helsevern) ledes møtet av koordinator. Møtet følger punktene som fremgår av "Møtets indre struktur"[\(Vedlegg ansvarsgruppemøte¹¹\)](#).

Referent er møteleders støttespiller. Dersom pasienten er innlagt vil referenten være en fra personalet som kjenner pasienten godt, gjerne primærkontakt. Referatet godkjennes av overlegen før det sendes ut. Dersom pasienten er utskrevet vil referenten være psykiatrisk sykepleier i kommunen eller for eksempel primærkontakten i boligen. Referatet følger punktene som fremgår av "Møtets indre struktur".

Følgende spørsmål bør systematisk stilles i et ansvarsgruppemøte:

Introduksjon av møtedeltagerne. Hvem er representert i møtet? Hvilke funksjoner er representert? Hvem er fraværende? Hvem savnes? Hvilke funksjoner savnes?

Kjennskap til pasienten. Kjenner alle som er involvert pasienten som skal drøftes? Har alle truffet vedkommende? Ta en runde på hvor godt deltagerne kjenner pasienten.

Hvem skal møtet omhandle? Presentasjon av menneske som skal omhandles.

Innleggelsens overordnede målsetting. Hva er det spesifikke målet for oppholdet i sykehuset? Etterspør innspill fra deltagerne på målsettingen. Er det ting som savnes som en kunne ha brukt oppholdet til?

¹¹ Ansvarsgruppemøte psykisk helsevern

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Utskrivingsdato. Hvor lang tid forventer sykehuset å måtte bruke på arbeidet? Hvilken dato er satt for utskriving?

Aktuell situasjon – i avdelingen og i kommunen. Har pasienten funnet seg til rette i avdelingen? Deltar eller deltar han ikke? Hvordan er behandlingsalliansen? Trives vedkommende? Etterspør innspill fra deltagerne om hva som kan bidra til å trygge pasienten og skape en god behandlingsallianse. Pasientens behandlingsplan for den aktuelle perioden presenteres. Er det forhold rundt pasientens ordinære liv i kommunen som det skal informeres om? For eksempel om barna er tatt hånd om, om boligen er sikret med mer.

Kontakt med det alminnelige liv – kontinuitet. Har pasienten kontakt med pårørende? Får pasienten besøk av venner? Er det behov for tilrettelegging av kontakt med venner? Har pasienten barn som det skal tilrettelegges for besøk med? Hvilke arenaer i kommunen som svømmehall, bibliotek, kafé, en spesiell park med mer, pleier pasienten å benytte? Kan det tilrettelegges for bruk av disse under innleggelsen? Har pasienten behov for støttekontakt?

Kontakt med DPS/helsepersonell/kontaktpersoner i kommunen – kontinuitet. Er det gjort avtaler om å opprettholde kontakt med DPS og med personalet i kommunen (psykisk helsevern/rusmiddel konsulent) under innleggelsen? Har koordinator hatt samtale med pasienten?

Fastlege. Har pasienten en fastlege han har nytte av? Hvordan kan kontakten evt. styrkes? Hvordan tilrettelegges for at pasienten kan benytte fastlege for somatiske klager selv under innleggelsen? Er det praktiske forhold rundt dette som må avklares?

Egenomsorg. Hvordan er pasientens egenomsorgsevne i det daglige? Er det behov for ADL kartlegging? Er det behov for tilbud om ferdighetstrening?

Meningsfull aktivitet på dagtid, sysselsetting og arbeid. Deltar pasienten i aktivitetstilbud i kommunen? Er det etablert sysselsettingstiltak for pasienten eller er pasienten i arbeid? Kan pasienten helt eller delvis delta i /benytte seg av dette selv under innleggelsen? Hvordan legges til rette for dette om ønskelig og mulig? Hvilke kjennskap har deltagerne til pasientens interesser? Hvordan legges til rette for dem selv under innleggelse? Trenger pasienten tilbud om mer meningsfullt aktivitet på dagtid i kommunen? Har pasienten en kontaktperson i NAV-arbeid eller er han i behov av det?

Bolig. Har pasienten en egnet bolig? Har pasienten behov for tilpasset bolig med omsorg eller annen tilrettelegging? Hvilke behov har pasienten i så fall og hvilke tilbud finnes? Hvor lang tid vil det ta før dette er på plass? Hvilke midlertidige alternativer finnes?

Økonomi. Har pasienten tilstrekkelige midler? Har pasienten rettigheter som det ikke er gjort krav på? Forvalter pasienten sine midler på en forsvarlig måte? Er pasienten i behov av at det etableres forvaltningsordning?

Rus. Bruker pasienten rusmidler? Hva er pasientens tidligere erfaringer med rusmidler? Hva er pasientens nåværende holdning til det å ruse seg? Hvordan er pasienten motivert for endring? Hvilke tiltak anbefales i motivasjonsarbeidet? Er det behov for spesifikke rusrelaterte tiltak/behandling?

Etablering av pasienten ved DPS. Er pasienten henvist til DPS? Hvordan få til en best mulig overføring til DPS? Er pasienten i behov av både et poliklinisk tilbud og et døgn tilbud? Hvordan få til en fleksibel ordning administrativt og i praksis? Har DPS spesifikke behandlingsprogrammer pasienten kan anbefales å delta i? Hvordan kan DPS bidra ved kriser? Har DPS og kommunen gjort avtale om veiledning?

Etablering av pasienten i psykiatritjenesten i kommunen. Har pasienten behov for kontakt med psykiatrisk sykepleier/helsepersonell i kommunen? Hva skal kontakten innebære? Hvordan kan helsepersonell bidra ved kriser? Er det etablert et samarbeid mellom fastlege og psykiatritjenesten/hjemmetjenesten/boligen? Er det behov for gjensidig hospiteringsordning mellom sykehus og kommune for overføring av nødvendig kunnskap om pasienten? Forventes det at pasienten vil kunne samarbeide om de kommunale tilbudene etter utskrivelsen? Har kommunen behov for veiledning fra DPS?

Kriseplan. Hvilke kriser vil kunne forventes å oppstå? Hva er varseltegnene på mulig krise? Hvilke tidligere erfaringer er gjort ved tilbakefall? Kan det vises til vellykket håndtering av kriser? Hvilke tiltak forventes å være nyttige for å redusere omfang av skade ved kriser? Hva kan samarbeidspartene bidra med ved kriser? Er det etablert samarbeid om kriseplan med legevakt og politi?

Samarbeidspartenes kunnskap om hverandre. Er infomappene oppdaterte? Er det behov for gjensidig besøk for å styrke kunnskapen om hverandres tilbud?

Pasientens deltagelse. Vil pasienten benytte anledningen med alle samarbeidspartene tilstede til å kommunisere viktige anliggender, for å få til en mest mulig vellykket etablering av en stabil tilværelse i kommunen? En summarisk oppsummering fra møtet gis. Har pasienten kommentarer? Er det noe pasienten etterlyser? Pasienten forlater møtet.

Justeringer i forhold til pasientens bidrag i møtet. Er det behov for justeringer/nyanseringer som følge av pasientens innspill?

Evaluering. Hvordan har dette møte vært? Har vi tatt opp problemstillinger som er relevante? Snakket vi bra sammen om det som var nødvendig? Har møte vært til nytte for det arbeidet som gjøres rundt pasienten?

[\(Vedlegg referat ansvarsgruppemøte¹²\).](#)

Koordinators rolle og funksjoner

Koordinator er bindeleddet mellom tjenestemottaker av helse – og sosialtjenester og tjenesteytere

Koordinator skal se til at tjenestene som tilbys er hensiktsmessige og godt koordinerte, slik at tjenestene blir så effektive som mulig.

Koordinators skal:

- Sørge for at det foretas en grundig kartlegging av tjenestemottakers helse- og sosialtjeneste behov.
- Orienterer tjenesteyterne om tjenestemottakers behov og om hvordan en mener behovene best kan imøtekommes.
- Sikre at de nødvendige tjenestene er samordnende og planlagte slik at behovene innfris.
- Se til at det foreligger en skriftlig plan (IP) som både tjenestemottaker og tjenesteyterne kan samles om.
- Sørge for at tjenestemottaker forklares hva som blir gjort for å hjelpe.
- Sørge for at planen blir satt ut i livet som avtalt, og treffe hensiktsmessige tiltak dersom så ikke skjer.
- Følge opp endringer i behov og sørge for at planen endres i tråd med det.
- Sørge for at IP gjennomgås ved behov.
- Være bindeledd mellom tjenesteytere.
- Bidra til at tjenesteyterne kommuniserer hensiktsmessig og at de får nødvendig informasjon.

¹² Referat ansvarsgruppemøter

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

- Se til at relevant informasjon følger med dersom tjenestemottaker for eksempel flytter eller blir innlagt sykehus.

Koordinator bør være:

- en som jevnlig har kontakt med tjenestemottaker
- en som har gode kommunikative ferdigheter
- en som innkaller til ansvarsgruppemøter ved behov
- en som har kompetanse innen psykisk helsevern
- en med kjennskap til tjenestetilbudet
- en som kan kontakte relevante instanser på vegne av tjenestemottaker.

Koordinators arbeidsmengde

Arbeidsgiver må legge forholdene til rette slik at koordinator er i stand til å ivareta sine oppgaver.

Ansvarsbegrensninger for koordinatorene

Koordinators oppgaver er omfattende men også avgrensede. Enhver tjenesteyter har et selvstendig ansvar. De ganger tjenesteytere ikke utfører sine oppgaver eller opptrer uprofesjonelt skal koordinator ta kontakt med vedkommende tjenesteyter. Om ikke det fører frem tar koordinator kontakt med vedkommendes leder. Koordinator tar så kontakt med ansvarsgruppen og sørger for alternative tiltak slik at brukers rettigheter sikres. Effektiv koordinering handler om å nå frem til tjenestemottaker der vedkommende befinner seg med de riktige tiltakene til rett tid.

Overgangsboliger

Prosjektet anbefaler en direkte overføring av pasientene til kommunen etter innleggelse i døgnavdeling etter en gjennomgang av argumenter for og i mot overgangsboliger.

Følgende legges til grunn for behovet av overgangsboliger

Alle parter får erfaring med at pasientene mestrer et lavere omsorgsnivå enn det en sengepost representerer og etableringen i kommunen forventes dermed å lykkes i større grad fordi alle parter opplever en større grad av trygghet. Noen argumenterer for at opphold i overgangsboliger kan tydeliggjøre at overføring til kommunen ikke vil kunne gjennomføres

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

for enkelte, og at det derfor for noen må etableres varige botilbud på spesialisthelsetjeneste nivå.

Følgende legges til grunn for direkte overføring til kommunen uten bruk av overgangsboliger

Kartlegging av pasientens ferdigheter, og avklaring av hjelpebehov kan med fordel gjøres i den kommunale boligen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved å ta i bruk besøks - og hospiteringsordninger mellom personalet i sengeposten og personale i kommunen for overføring av nødvendig kunnskap rundt pasienten. Overføringsverdien av det som læres i en overgangsbolig forventes å være begrenset. Det alminnelige liv er den beste øvelsesarena. Tillært hjelpeløshet ved nærhet til sengepost vil kunne begrense motivasjon og samarbeid. Erfaringer med overgangsboliger kan skape falskt trygghet for alle parter. Erfaringer med kriseplanen i den settingen kriseplanene er tiltenkt å fungere i, nemlig egen bolig, anses som mest tjenelig, slik at nødvendige justeringer kan gjøres på kriseplanen før endelig utskrivelse. De ulike verktøyene for god samhandling bør ligge til grunn for arbeidet.

Dersom det velges overgangsboliger i spesialist helsetjenesten kan de brukes dersom det er behov for:

– utredning av ferdigheter.

Ved å avklare mestringssevne kan pasientens hjelpebehov utenfor rammen av sengeavdeling tydeliggjøres for oppfølgende instanser, tjenesteytere, for pasienten og pårørende. Kommunen får da anledning til å sette inn de tiltak som er nødvendig for å vedlikeholde ferdigheter og for læring av nye nødvendige ferdigheter eller hjelpetiltak/hjelpemidler der nødvendige ferdigheter mangler.

- en avklaring av pasientens læringspotensial.

Overgangsboligene kan bidra til avklaring av pasientens læringspotensialet, slik at pasienten, pårørende og tjenesteytere kan hjelpes til å unngå å bruke unødvendige ressurser på læring som ikke kan finne sted, og heller fokusere på læring der det kan forventes å oppnå resultater.

– ferdighetstrening som ikke lar seg gjøre i en seksjon/avdeling.

Viktige aspekter ved å bo alene som å kunne trives i eget selskap, å kunne ta i mot besøk, å kunne avstå fra rusatferd, å kunne komme seg av gårde til avtaler, å kunne fullføre

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

treningsprogrammer, å kunne ta medisiner regelmessig som foreskrevet, å holde orden og lage mat kan det trenes på.

Det anbefales en enkel samarbeidsavtale omkring bruken av overgangsboliger ([vedlegg samarbeidsavtale overgangsbolig - "Tunet"¹³](#)) mellom sykehuset og pasient, for de pasienter som velger overgangsboliger, dersom overgangsboliger velges som en del av tilbudet ved ASP. Den seksjonen hvor pasienten var innlagt forut for overføring til overgangsboligen – Tunet, fortsetter sitt behandlingsansvar selv om pasienten i rehabiliteringsfasen overføres overgangsboligen. Tilsvarende at det er den sengepost pasienten var innlagt ved som brukes ved behov av kortvarige re-innleggelser.

9. Presentasjon av kartleggingsskjema, grunnlagsdata, tester og testresultater.

Ved intervensjonsfasens start 01.01.10 var det 6 pasienter fra de aktuelle kommunene, Ullensaker og Rømskog, innlagt ved ASP. Disse ble inkludert i prosjektet. Vi hadde i utgangspunktet tenkt å gjøre målinger på alle inneliggende pasienter. Målinger av pasientene ville kreve et tett samarbeid med alle behandlere, noe som viste seg å ville kreve mer tid og ressurser enn det som lå i rammen for prosjektet. Derfor avstod vi fra det og valgte kun de 6.

Kartlegging

Først ble pasientene kartlagt:

- hvem var behandler/overlege
- diagnose ved prosjektstart /slutt
- hvor vedkommende var henvist fra
- om avdelingen hadde kontakt med pårørende
- hvor mange og hvilke tvangsvedtak som var blitt fattet under aktuell innleggelse før prosjektperioden og tilsvarende under intervensjonsfasen

- om pasienten hadde kontakt med kommunen inkludert fastlege og DPS selv om vedkommende var innlagt
- hadde vedkommende Individuell plan ved prosjektstart /slutt
- hadde vedkommende en kriseplan ved prosjektstart /slutt
- var det blitt holdt ansvarsgruppemøter ved prosjektstart/slutt
- hva var pasientens overordnede behandlingsplan (dersom pasienten den fantes)
- hva var den tentative utdato

Eksempel på behandlingsplaner, Individuell plan (dersom de forelå) og kriseplaner (dersom de forelå) samt kopi av referat fra ansvarsgruppemøter ble innhentet og vurdert, for å se om undervisning og oppfordring til bruk av nye maler hadde ført til en endring i kvaliteten.

Resultat av kartlegging

Det var få pasienter og dermed var informasjon som ble innhentet ikke konklusive i forhold til effekt av undervisningsarbeidet som var blitt gjort. Det var en klar tendens til tydeligere og mer fokuserte behandlingsplaner rundt pasientene, uttrykt gjennom de eksemplene som ble vist. Et eksempel på kriseplan og et referat fra et ansvarsgruppemøte tydet på en utvikling i riktig retning.

Tendensen så ut til å være at

- Individuell plan ikke blir formulert før mot slutten av oppholdet om i det hele tatt
- de ulike malene synes å være gode hjelpemidler for å oppnå større grad av fokus i behandlingen og rehabiliteringen av pasientene

Konklusjon

Det generelle kartleggingsskjemaet kan anvendes på pasienter over tid og det bør innhentes eksempler på behandlingsplaner, Individuell plan, kriseplaner og referater fra ansvarsgruppemøter i det videre implementeringsarbeidet av samhandlingsmodellen og verktøyene og som et grunnlag for prioritering av kompetansehevingsprogrammer.

[\(vedlegg kartleggingsskjema¹⁴\)](#)

Måleinstrumentene brukt på pasienter innlagt ved ASP :

¹⁴ Kartleggingsskjema

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales)

Dette er en skala for måling av helse og sosialfungering hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Formålet med skalaen er å kunne følge utviklingen av behandlingen mot bedring av helse og sosial fungering. Skalaen, som var ferdig utviklet i 1996, måler alvorlighetsgrad innen 12 viktige problemområder. Den ble utviklet til bruk i daglig klinisk arbeid og tar ca.8 minutter å bruke. Skalaen rettes mest mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Siden 2003 har den inngått i minste basis datasett i Storbritannia.

(J.Wing, RH Curtis, and A. Beever: Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) score sheet. Br. J Psychiatry 174: 432-434. Norsk oversettelse av Professor Torleif Ruud (1996, 2002), godkjent av Royal College of Psychiatrist Research Unit, London.)

[\(vedlegg HoNOS\)¹⁵](#)

PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)

Dette er et måleinstrument for måling av alvorlighetsgrad av symptomer hos pasienter med schizofreni. Den ble første gang publisert i 1987 av Stanley Kay, Lewis Opler og Abraham Fiszbein. Den har vært bredt anvendt ved studier av behandling av schizofreni. Navnet referer til positive (produktive symptomer) og negative symptomer (tilbaketrekning og tap av funksjon) en type inndeling som det i dag stilles spørsmål ved.

[\(vedlegg PANSS\)¹⁶](#)

PSYRATS (The Psychotic Symptom Rating Scales)

Måleinstrumentet har vist seg å være et godt måleinstrument for måling av pasientenes forhold til hallusinasjoner og vrangforestillinger. Måleinstrumentet er fundert i kunnskapen om pasientens forhold til sine symptomer som det som er gjenstand for endring i lindring av psykisk ubehag og redusering av problematisk atferd. Det har vist seg som et reliabelt og valid instrument for måling av behandlingseffekt hos pasienter med kronisk psykose og ved førstegangpsykose.

¹⁵ HoNOS

¹⁶ PANSS

(Haddock, G, Mc Carron, J., Tarrier, N., & Faragher, EB. (1999). Scale to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological medicine*, 29 (4), 879-889).

[\(vedlegg PSYKRATS\)¹⁷](#)

Skåringsskjema for praktiske og sosiale ferdigheter (PSF). Utviklet av Torleif Ruud og C. Wallace 1993 – versjon 1-3. Effektmålinger av behandling tar oftere utgangspunkt i bedring av sosial og praktisk fungering enn endring i symptomatologi, noe som gjør dette måleinstrumentet interessant.

[\(vedlegg skåringsskjema for praktiske og sosiale ferdigheter PSF\) ¹⁸](#)

Samhandlingsskjema

Skjema for kvalitetsmåling av samhandling, et for [helsepersonell](#) og et for [pasienter](#), er utviklet i prosjektet av Kim P. Augestad (se eget kapittel)

Resultatet av målingene rundt 1. Januar 2010 og april 2010.

	Før	Etter
H01 Aggressiv	1,50	1,00
H02Selvskade	0,33	0,50
H03 Rusmiddel	0,00	0,50

**Gjennomsnittskåringer på HoNOS
før og etter (N=6)**

¹⁷ PSYKRATS

¹⁸ skåringsskjema for praktiske og sosiale ferdigheter P.
Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psyki
Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rø
Anna Marie Galambos, prosjektleder
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Høyere skåringer er mer alvorlige
problemer.

H04 Kognitivt	1,67	1,33
H05 Fysisk	1,67	1,83
H06 Psykose	1,50	1,83
H07 Depresjon	1,00	1,33
H08 Diverse	1,83	2,00
H09 Sosial	2,50	2,67
H10 Praktisk	2,50	2,83
H11 Boligforhold	2,67	2,83
H12 Aktivitet	2,17	2,83

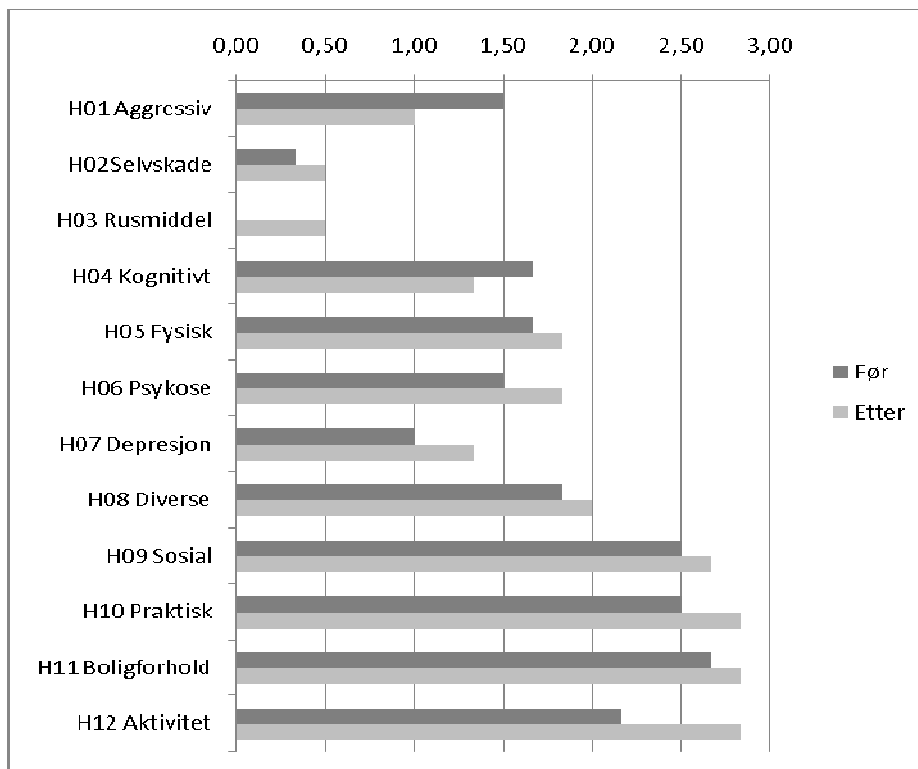
Diagram for skåringer på HoNOS (gjennomsnitt) før og etter (N=6)

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder



Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

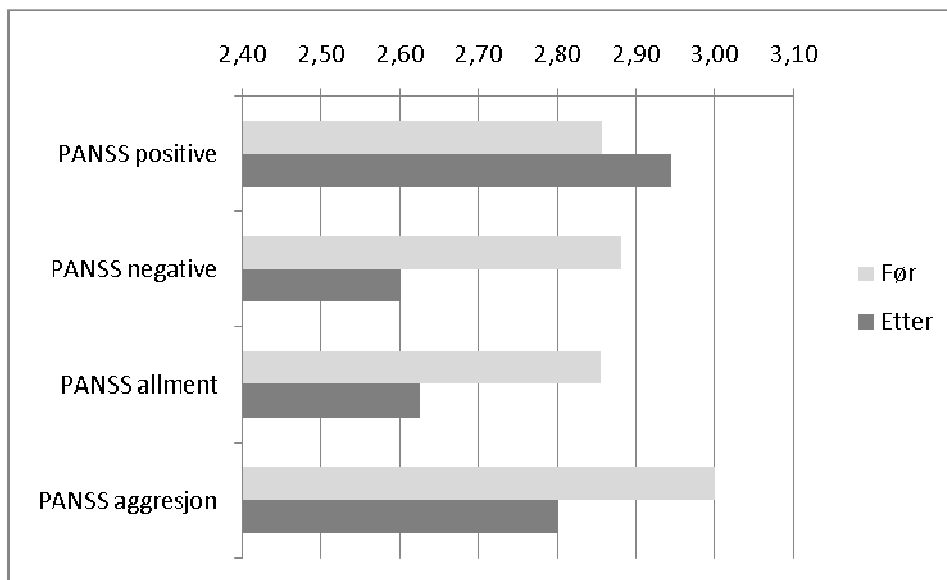
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Gjennomsnittsskåring på PANSS før (N=6) og etter (N=5)

	Før	Etter
PANSS positive	2,86	2,94
PANSS negative	2,88	2,60
PANSS allment	2,85	2,63
PANSS aggresjon	3,00	2,80

Høyere skåring er mer alvorlige problemer (se vedlagt skjema).

Diagram over skåring på PANSS (gjennomsnitt) før (N=6) og etter (N=5)



Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

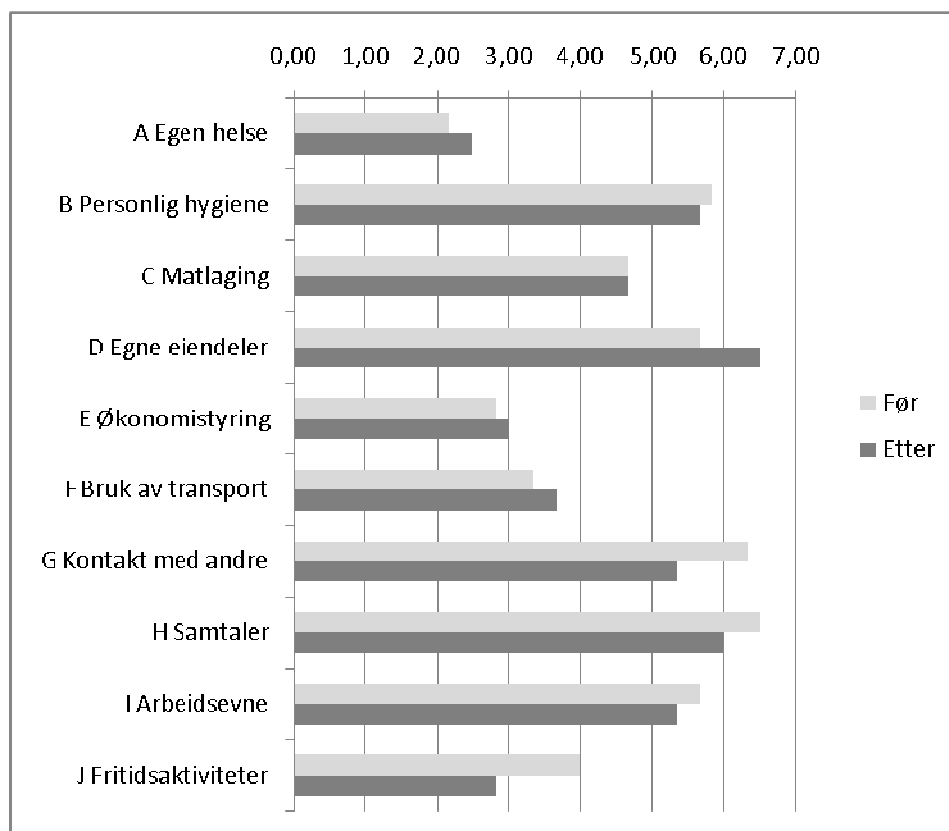
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

	Før	Etter
A Egen helse	2,17	2,50
B Personlig hygiene	5,83	5,67
C Matlaging	4,67	4,67
D Egne eiendeler	5,67	6,50
E Økonomistyring	2,83	3,00
F Bruk av transport	3,33	3,67
G Kontakt med andre	6,33	5,33
H Samtaler	6,50	6,00
I Arbeidsevne	5,67	5,33
J Fritidsaktiviteter	4,00	2,83

Gjennomsnittsskåring for praktisk og sosial fungering før og etter (N=6)

Høyere skåring er bedre fungering (se vedlagt skjema).

Diagram av gjennomsnittsskåring for praktisk og sosial fungering (N=6)



Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

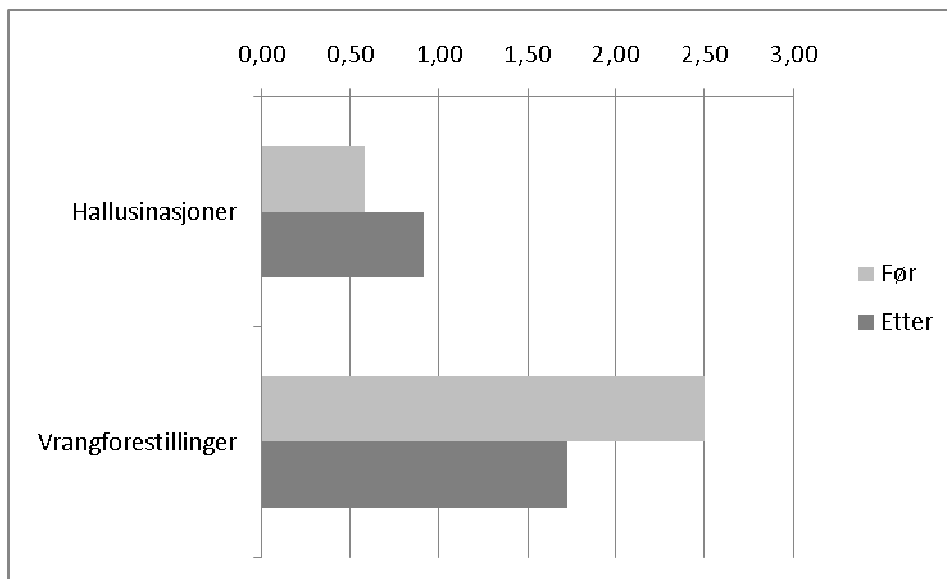
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Gjennomsnittsskåringer på PSYRATS før og etter (N=5)

	Før	Etter
Hallusinasjoner	0,58	0,91
Vrangforestillinger	2,50	1,72

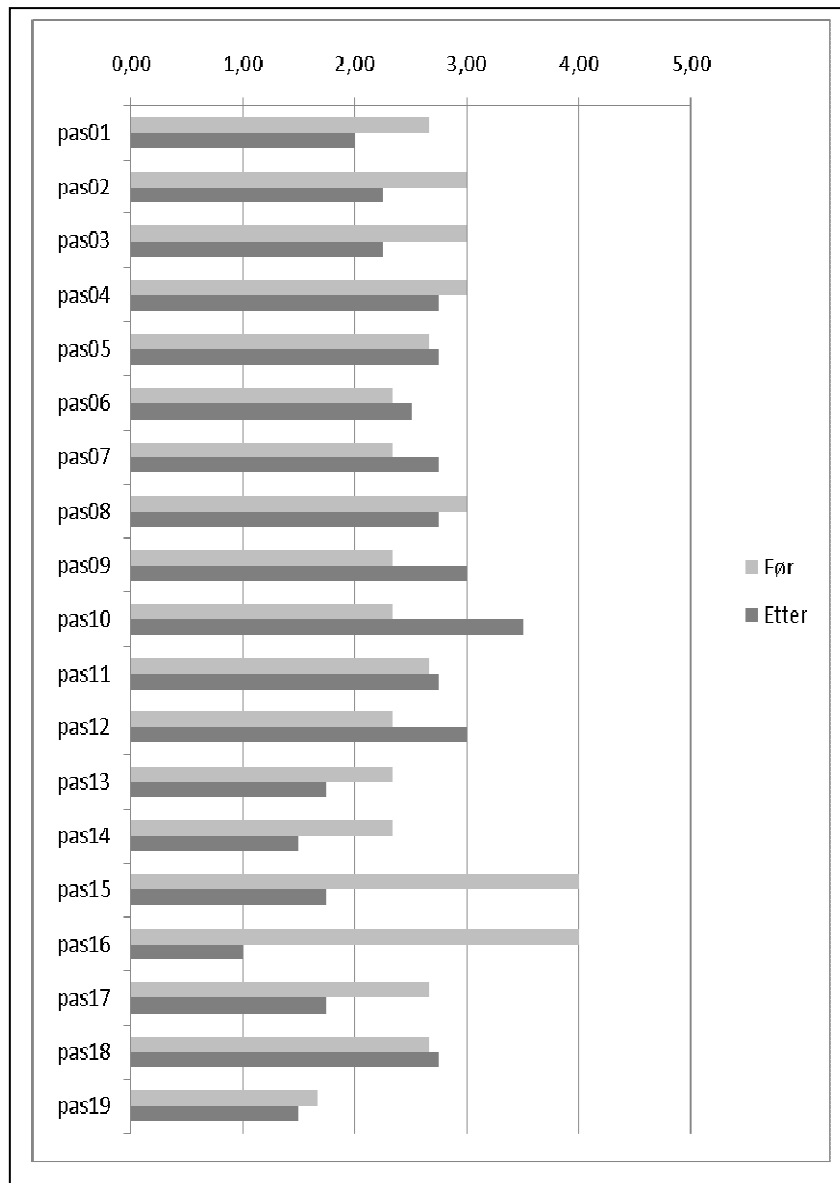
Høyere skåringer er mer alvorlige plager (se vedlagt skjema).

Diagram over gjennomsnittsskåringer på PSYRATS (N=5) før og etter



Gjennomsnittsskåring om samhandling fra pasienter før (N=3) og etter (N=4)

Det kom få skjemaer tilbake fra pasientene. Se vedlagt skjema for å lese spørsmålene pas 01 osv. viser til. Gjennomsnitt for alle spørsmål samlet: 2,70 før og 2,33 etter. ([vedlegg skjema måling av kvalitet på samhandling - pasient](#))¹⁹



**Diagram over
gjennomsnittsskåring
om samhandling fra
pasienter før (N=3) og
etter (N=4)**

¹⁹ Skjema måling av kvalitet på samhandling - pasient
Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.
Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.
Anna Marie Galambos, prosjektleder
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Gjennomsnittsskåring for personalets erfaringer med samhandling før og etter

Antall utfylte spørreskjema:

	Før	Etter	I alt
Kommuner	25	17	42
ASP	51	36	87
Til sammen	76	53	129

Gjennomsnittsskåring før og etter i kommuner og ASP (gjennomsnitt av alle spørsmålene)

	Før	Etter
Kommuner	2,78	3,07
ASP	3,14	3,18

Det var ingen sikker endring i skåring fra før til etter.

Personalet ved ASP skåret samlet sett erfaringene med samhandling signifikant bedre enn personalet i kommunene.

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Gjennomsnittsskåringer fra personalet på de enkelte spørsmål om samhandling

De enkelte spørsmål nummerert (skjema)	Kommuner		ASP	
	Før	Etter	Før	Etter
pers01	3,08	3,59	3,10	2,97
pers02	3,16	3,65	3,59	3,58
pers03	3,42	3,76	3,43	3,22
pers04	3,76	4,12	4,04	3,83
pers05	3,21	3,06	3,16	3,24
pers06	3,29	3,00	2,96	2,90
pers07	2,56	2,82	2,86	2,88
pers08	2,54	2,88	2,76	2,83
pers09	2,88	2,94	3,00	3,12
pers10	2,35	2,81	3,24	3,31
pers11	2,56	2,88	3,12	3,15
pers12	2,83	3,06	2,67	2,67
pers13	2,71	2,88	2,96	3,21
pers14	2,72	2,94	3,32	3,44
pers15	3,09	3,27	3,32	3,28
per16	2,30	2,63	2,95	3,03
pers17	2,63	2,87	2,79	3,00
pers18	2,96	3,24	3,50	3,54
pers19	2,65	3,00	2,98	3,27
pers20	2,56	2,88	3,02	2,97
pers21	2,08	2,44	3,03	2,90
pers22	2,32	3,19	3,45	3,67
pers23	2,00	2,47	2,84	3,14

(vedlegg skjema måling av kvalitet på samhandling - personalet²⁰)

²⁰ Skjema måling av kvalitet på samhandling - personalet
Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.
 Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.
 Anna Marie Galambos, prosjektleder
 Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

10. Hva har vi gjort? Hvor har vi vært?

Det ble etablert styringsgruppe, prosjektgruppe og utpekt ressurspersoner i prosjektet.

- Styringsgruppen er bredt representert, med representanter fra kommuneledelse, ledelse i Divisjon Psykisk helsevern, Avdeling Spesialpsykiatri, Avdeling for Samhandling, Brukerrådet, med verneombud og tillitsvalgt.
- Prosjektgruppen har bestått av 2 representanter fra hver av kommunene, faglig leder og prosjektleder.
- Ressurspersonene har hatt tverrfaglig representasjon. Ved ASP har avdelingsoverlege, spesialist i psykiatri, spesialist i psykologi, psykolog, sykepleiere, vernepleier, sykepleier med videreutdanning i psykisk helsevern og sosionom vært representert. Fra kommune har IP ansvarlig, kommunelege, fastlege, NAV og politi vært representert. Fra brukersiden har det vært en representant fra Landsforeningen for pårørende til psykisk syke (LPP)

Det ble utformet mandatet for prosjektet. Mandat ble godkjent av styringsgruppen 19.12.09.

[\(vedlegg mandat²¹\)](#)

Intervensjon, etablering og arbeidsfase:

Faglig leder og prosjektleder hadde informasjons- og intervensjonsmøter i flere fora på Ahus, i Rømskog, Ullensaker og ved Avdeling Spesialpsykiatri. Det ble holdt møter med ledelse ved Ahus og kommunene for å forankre prosjektet der.

Det ble etablert kollegiale veiledningsgrupper, holdt undervisning og Workshop med trening og utprøving av metoder og verktøy rundt bl.a. kriseplan og ansvarsgruppemøte. Her deltok ressurspersoner i prosjektet, i tillegg til andre helsepersonell involvert i pasientbehandlingen. Faglig leder underviste.

De etablerte kollegiale veiledningsgruppene ble fulgt opp og gitt ekspertveiledning. Det ble avholdt møter for ressurspersoner med tema Individuell plan og utforming av ny mal og veileder til malen.

²¹ Mandat prosjekt

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

En spørreundersøkelse for kartlegging av kvalitet på samhandling ble laget og prøvd ut. Personalet ved ASP og de to kommunene deltok. Denne spørreundersøkelsen ble gjennomført både tidlig i prosjektet og mot slutten.

Faglig leder av prosjektet har foretatt kartlegging og måling av pasienter som deltok i prosjektet fra kommunene Rømskog og Ullensaker i starten av prosjektet og i prosjektets slutfase. I dette arbeidet deltok pasient, behandler og miljøpersonal for opplæring i prinsippene og metodene.

Faglig leder har hatt møter, samtaler og email kommunikasjon med avdelingssjef ved FoU avdelingen om kartlegging og måling av pasienter, og om spørreundersøkelse blant personalet rundt samhandling.

Deltagelse i ansvarsgruppemøter mellom ASP og kommunene om pasienter som deltok i prosjektet, for å følge opp innføring av ny mal og metode for møtene.

Det ble arrangert et halvdagsseminar for styringsgruppe, prosjektgruppe, ressurspersoner og andre involverte i prosjektet, der man gjennomgikk bakgrunnen for prosjektet, arbeidet som ble gjort og veien videre etter prosjektets avslutning.

Prosjektgruppen har hatt 11 arbeidsmøter i perioden.

Oversikt over møter, undervisning og oppgaver i prosjektet:

Ahus / Divisjon Psykisk helsevern / ASP

- Brukerrådet Ahus
- Ledergruppen divisjon psykisk helsevern
- Avdeling for samhandling
- Ledergruppen DPS
- Ledergruppen akuttavdelingen
- Ledermøte ASP
- Seksjon A, B og C ved ASP - pasienter og personalet.

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Ullensaker kommune

- Informasjon og intervensjonsmøte
- Etablering av veiledningsgrupper i avd. psykisk helsevern og hjemmetjenesten
- Veiledning av kollegial veiledningsgruppe i hjemmetjenesten
- Veiledning av kollegial veiledningsgruppe avd. psykisk helsevern
- Samling og undervisning for koordinatorene i kommunen
- Undervisning om psykose
- Samarbeid med politi om kriseplan
- Samarbeid med legevaktstjenesten om kriseplan

Rømskog kommune

- Informasjon og intervensjonsmøte med Rømskog kommune
- Etablering av kollegial veiledningsgruppe
- Undervisning psykose
- Undervisning i Borderline personlighetsforstyrrelse med selvskadingsproblematikk
- Veiledning av kollegial veiledningsgruppe
- Samling og undervisning for koordinator
- Undervisning i farlighet og risikovurdering
- Samarbeid med politi om kriseplan
- Samarbeid med legevaktstjenesten om kriseplan

Avdeling Spesialpsykiatri

- Etablering og oppfølging av kollegiale veiledningsgrupper på seksjon A, B, og C
- Deltagelse på behandlingsmøter og i diskusjoner i seksjonene rundt behandlingsmøtene og planene
- Samling av primærkontakter rundt oppgaven å lede behandlingsmøtene
- Presentasjon av NICE Guidelines: Schizophrenia and Borderline Personality Disorder, begge Update 2009, for behandlergruppen
- Undervisning om ansvarsgruppemøte med presentasjon av mal for behandler gruppen
- Arbeid med IP mal med ressurspersoner
- Workshop i arbeid med kriseplan

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

- Workshop om ansvarsgruppemøte
- Orientering og innhenting av tilbakemelding ukentlig i behandlermøte
- Jevnlig orientering og tilbakemelding på ledermøter

Andre oppgaver

- Kartlegging av enkeltpasienter som er med i prosjektet fra Ullensaker og Rømskog kommune og spørreundersøkelse om kvalitet på samhandling
- Gjennomført spørreundersøkelse blant helsepersonell ved ASP, Ullensaker og Rømskog kommune om kvalitet på samhandling både tidlig i prosjektet og mot slutten.
- Møte med FoU avdelingen, Torleif Ruud, for gjensidig orientering om samhandlingsprosjekter i divisjonen for å sikre mest mulig kontinuitet i prosjektene og for bistand i evalueringen av de innhentede dataene rundt enkelt pasientene.

[\(vedlegg logg for prosjektet²²\)](#)

11. Erfaringene fra kommunene:

Kommunene Rømskog og Ullensaker ble bedt om følgende innspill:

- 1) Kommentarer til den overordnede tenkningen.
- 2) Erfaringene med de ulike verktøyene.
- 3) Erfaringene med de generelle og mer spesifikke prinsippene.
- 4) Kommentarer til samhandlingsskjemaet.
- 5) Utfordringen videre, med vekt på hvordan en tenker seg at en vil imøtekomme utfordringene

²² Logg for prosjektet

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Innspill til rapporten fra Ullensaker Kommune:

1. *Kommenter den overordnede tenkningen rundt samhandling slik dere har blitt kjent med den gjennom prosjektet.*

Psykisk helsevern er svært positivt innstilt i forhold til overordnet tenkning rundt samhandling i prosjektet.

For mange av de ansatte har samhandling vært et frustrasjonsområde, ikke minst i forbindelse med inn- og utskrivning fra institusjon. Tankegangen om at man gjennom å viske ut skillet mellom "mine" og "dine" pasienter, kan gjøre et felles arbeid for å sikre pasienten i disse mest sårbare fasene, faller derfor i god jord hos de ansatte. Vi tror på at ved hjelp av økt fokus på samhandling rundt brukeren vil vi kunne gi brukerne et bedre tilbud, og man vil få færre reinnleggelser og øke livskvaliteten.

2. *Kommenter de ulike verktøyene:*

- *Ansvarsgruppemøte*

Informasjon/Kursdagen med Kim Augestad opplevdes som positiv i Ullensaker, de som har erfaring med å jobbe i ansvarsgrupper opplevde ikke at det var så mye nytt, men opplevde allikevel nyttig å få en mal. For de som har mindre erfaring med ansvarsgrupper vil malen komme til god nytte.

De som ikke jobber mye med ansvarsgrupper sa at de kommer til å bruke malen i andre samarbeidsmøter.

- *Individuell plan, veileder for utfylling av IP*

Veldig nyttig å få en felles mal. Håper den vil bli brukt i hele AHUS systemet.

- *Kriseplan*

Nyttig og viktig at fokuset på kriseplan er en del av IP.

Vi har stor tro på at om vi får dette til å fungere vil vi hindre en del dramatiske innleggelser.

Trygghet for bruker og pårørende, samt tjenesteapparatet.

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

- *Koordinators rolle*

Her er vi i en prosess. Veldig sunt og bra å få fokus på oppgaven det er å være koordinator. I Ullensaker har det vært vanskelig å få koordinatorene. I en så stor kommune som Ullensaker vil det ta tid å få til store endringer ifht organisering av koordinator rollen. Vi er i en god prosess. Har allerede positive erfaringer med at vi har fått en person/stilling i vurderingsteamet som "koordinerer" oppstart av IP planer og oppfølging av koordinatorene.

- *Kollegiale veiledningsgrupper*

Psykisk helsevern er svært fornøyde med at de har fått startet opp med kollegiale veiledningsgrupper. De ser allerede at de har stor nytte av metoden. Mange prioriterer å møte opp.

I Hjemmetjenestene oppleves dette som veldig nyttig, og de har lært mye i prosessen sammen med Kim Augestad. Møte har så langt foregått på tvers av distriktene, men siste møte har de konkludert med at de drar det kun i egen enhet.

- *Samhandlingsskjema - spørreundersøkelse (Kartlegging av kvalitet på samhandling)*

Vanskelig å få de ansatte til å prioritere, og å se nytteverdien av dette. Mulig det kommer av stort arbeidspress og mange kartlegginger i den siste tiden.

De ansatte så det lite hensiktsmessig å fylle ut skjema nr. 2, da det var kort tid i mellom og liten mulighet til å få utprøvd metoden.

3. Kommenter andre prinsipper innen samhandling som vi har jobbet med i prosjektet.

Eks.

- *Godt kjent med hverandre (Informasjonsmapper, besøksordning)*

Lettere å ta kontakt når man kjenner til hverandre. Også lettere å orientere seg om hva som finnes av tjenester.

- *Bruken av de kommunale tjenestene selv om pasienten er innlagt i sykehus. (Fastlege, Nav, kontaktsykepleier / primærsykepleier for pasient.)*

Dette vil bli en utfordring for kommunen, krever mer ressurser når vi må reise mer ut til institusjonene. Tror det er en riktig måte å jobbe på da det er i den respektive kommuner brukeren bor/skal bo. Blir viktig å få fram overfor myndigheten at kommunene trenger økt kompetanse og mer ressurser.

- *Koordinator tidlig på banen og ansvarsgruppemøte raskt etter innleggelse. Tidlig formulering av IP.*

Vi ser at det er viktig å få koordinator tidlig på banen. Sikre brukeren et verdig liv og en god livskvalitet.

- *Hospitering for overføring av kunnskap rundt enkelt pasienter*

Dette er et kjempe godt tilbud som vil være til stor nytte for brukerne.

4. Utfordringer videre

Vi trenger økte ressurser for å heve status og gi koordinatorene ekstra tid til å gjøre en god jobb.

Ønsker oss videre undervisning/veiledning og motivasjonssamlinger for å holde inspirasjonen oppe.

Viktig at prosjektet blir evaluert etter en tid, og at prosjektet blir implementert i hele AHUS systemet.

Viktig at resultatene blir brakt inn i andre prosjekter om samhandling mellom AHUS og kommunene på Romerike.

Innspill til prosjektrapporten fra Rømskog kommune.

1. Synes arbeidet som er blitt utført har gitt forståelse og en god felles plattform til å utføre vårt arbeide ut i fra. Møtene har foruten å la oss komme fram med våre synspunkter, også gitt oss en GOD KOLLEGIAL TONE, som gjør det lettere å ta kontakt, eller be om andres erfaring. Vår utfordring er å gå videre og arbeide for at fruktene av dette prosjektet forblir levende.

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

2. Ansvarsgruppemøte - Fått bedre forståelse for viktigheten av å ha regelmessige og relativt hyppige møter. Dette vil medføre bedre flyt, at behandling og hjelp rundt bruker forhåpentligvis vil ha bedre effekt og samme retning! Ser hvor viktig en koordinator er i arbeidet.
3. Individuell plan – Kommunen bør jobbe/starte opp IP noe raskere. Det vil bli lettere nå som flere er blitt tryggere i leder-/koordinatorrollen. Viktig for mennesker med sammensatt problematikk. Vil klargjøre hva bruker og vi skal arbeide mot. Hvem som gjør hva! Gjøre arbeidet konkret.
4. Kriseplan – informasjonen som ligger i kriseplan må bli både grundigere og stadig gjentas ovenfor de som forventes å ta den i bruk. Kriseplan vil medføre et bedre samarbeide m/bruker.
5. Koordinators rolle - Fått bedre forståelse for viktigheten av koordinators rolle. Vil tørre stå på mer for at ansvarsgruppemøter skal gjennomføres.
6. Kollegiale veiledingsgrupper: Hver i sær har ansvar for at en forandring skal gjennomføres, at problemer/utfordringer kommer opp på bordet. Så langt har vi opplevd å få bedre forståelse for den enkeltes ståsted (ansvarsområde, arbeidsoppgaver, måten den enkelte arbeider på!). Det er bestemt at møtene finner sted hver torsdag 14-15! Denne type veiledningsgruppe gir ansvaret tilbake til oss, i motsetning til når vi halvhjertet gikk til en ”innkjøpt veileder person” som vi i blant ikke fikk riktig kontakt med og hvor det relativt ofte ikke kom til noen konklusjon.
7. Samhandlingsskjema: I vår lille kommune er det få tunge brukere, men en håndfull personer følger brukere gjennom alle instanser. Det er vanskelig å ha noen mening i det hele tatt, og nyansere inntrykkene. Kan lett bli en svart eller hvit opplevelse. Spørsmålene i skjema hjelper til å se hvor vi selv og andre glipper eller har et bra område. Prosjektperioden har vært kort om det er endringer i resultatet skyldes at vi tankemssig har fått bedre forståelse og bedre rutiner i arbeidet.

8. Maler: Klargjør tankene, vi har noe å lene oss til og kan bli mer fokuserte. Nå finnes det tilgjengelig på alle områder.
9. Prinsippet at vi skal kjenne godt til hverandre: Kjempebra. Virker allerede. Gir trygghet og forståelse for hverandre.
10. Mer fleksibel bruk av kommunale tjenester selv under innleggelse: Er åpen. Spennende å se hvordan dette vil kunne fungere. Vil kreve mer ressurser (vi i Rømskog må kanskje tenke om). Men tenker at dette er viktig for at ”kursen” for vårt arbeide er mest mulig målrettet- at vi har bruker i fokus .
11. Koordinator/ansvarsgruppemøter : Opplever tidlig at alt forskjellig arbeide bare er en lenke i det felles arbeide for/med bruker. Kan alle ledd/instanser komme tidligere i gang og med engasjement -ja, da må resultatet bli en bedre behandling.
12. Hospitering: NYTTIG der og da, - og for all ettertid. Vi får kunnskap/kan gi info. om bruker og vi øker ”plattformen vår” som vi går videre på.
13. Utfordringer videre: Ja, det er det vanskeligste etter en flott og givende prosjektperiode.

12. Erfaringene fra Avdeling spesialpsykiatri

Møteaktiviteten/Behandlingsmøter/Behandlingsplan:

Daglige behandlingsmøter ble erstattet med ett ukentlig behandlingsmøte. Behandlingsmøtene fikk en ny struktur/form og mal for formulering av behandlingsplan ble innført.

Primærkontakt ledet møtet som anbefalt i begynnelsen av prosjektet. Enkelte opplevde det krevende å lede møtet samtidig som de skulle skrive ned behandlingsplanen, og noen valgte å fordele oppgaven. Behandlers/overleges funksjon å forankre innholdet i møtene faglig ble i varierende grad fulgt opp, og enkelte valgte å la overlegen lede møtene istedenfor å følge ”oppskriften” å la primærkontakten lede møtet.

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.
Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.
Anna Marie Galambos, prosjektleder
Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

Personalet ga tilbakemelding om at den nye møteplanen frigjorde tid til pasientarbeid. Dagen ble ikke oppstykket av daglige behandlingsmøter. En seksjon innførte et eget daglig møte for miljøpersonalet, fordi de synes at de ikke fikk til å ivareta miljøpersonalets behov på behandlingsmøtene. Målet om større grad av tverrfaglig arbeid i behandlingsmøtene med bruk av miniteam (arbeidsmøter), ble dermed ikke helt nådd. Målet om mer tid til pasientene ble dermed redusert. En annen seksjon evaluerte behandlingsplanene hver 3. uke, istedenfor hver 14. dag, som lå i malen. De synes de brukte lang tid på møtene og ville ikke sitte så lenge ad gangen i møter. De så det ikke nødvendig med så hyppige behandlingsmøter, fordi pasientene er innlagt over lang tid. Det ble allikevel i større grad behov for ”behandlingsmøte lignende aktivitet” på rapportene på morgenen på den måten.

Mange opplevde det spennende å få mer fokuserte oppgaver rundt pasientene og et tydeligere ansvar. Ny struktur og form på behandlingsmøtene og innføring av behandlingsplanen ble et løft på mange måter. Noen opplevde det vanskelig å formulere gode problemstillinger, men dette bedret seg med øvelse. I begynnelsen var det noen ”tekniske” problemer ved at behandlingsplanen kun ble skrevet på papir, men den ble etter hvert lagt inn i den elektroniske pasientjournalen.

Kollegiale veiledningsmøter:

Det ble etablert kollegaveiledning ukentlig på hver seksjon. Flest mulig av personalet på jobb den dagen møtes 1-1,5 time for å snakke om situasjoner/problemstillinger i jobbsammenheng. Gruppen følger den utarbeidete malen for møtet og skriver en summarisk oppsummering med konkretisering av problemstilling og tiltak, samt hvem som er ansvarlig. Gruppen skal i veiledningen komme frem til en felles problemstilling og hver og en er ansvarlig for å ”lande” problemstillingen/finne en løsning for møtet er over.

Faglig leder av prosjektet etablerte gruppene og var ekspertveileder noen ganger, så gruppene kom i gang. De fleste var ivrige, positive og opplevde veiledningen som veldig nyttig.

Det var viktig at møtene ble prioritert fra ledelsens side. En seksjon kom sent i gang.

Møtetidspunkt som var avtalt ble glemt, passet ikke, viktigere ting kom i veien og det ble ikke

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

prioritert. En seksjon brukte en stund ikke referatboken fra veiledningen slik den var tiltenkt brukt, men heller for overlevering av beskjeder og for å ” snakke ” med hverandre/legge igjen frustrasjoner.

Kriseplan:

Det ble gitt spesifikk undervisning i kriseplan²³ for behandlerne. Det ble arrangert ”workshop” for behandlere og ressurspersoner i prosjektet. Faglig leder underviste i metode for å utarbeide kriseplan²⁴ hvor behandlingsmiljøet fikk prøve ut metoden. En av behandlerne fikk i etterkant mer oppfølging i metoden for å lære seg den bedre, i forbindelse med utarbeidelse av kriseplan for en konkret pasient. Tilbakemeldingen var at det var spesielt nyttig å arbeide tett rundt en aktuell pasient for innlæring av tenkningen og metoden å arbeide frem kriseplanen på. Andre behandlere har i liten grad befattet seg med metoden i utforming av kriseplan. Det ble enighet om at arbeidet med kriseplan måtte prioriteres.

Det ble i samarbeid med politi og legevakt utarbeidet en liste med navn og telefonnummer til politi og legevakt, i Rømskog og Ullensaker, hvor kriseplan kan sendes, dersom de forventes å være bidragsyttere ved pasientens krise. Det ble også gjort avtale med akutt avdelingen om hvem som skal motta kriseplanene der (avd. overlegen) og gjøre dem tilgjengelige for mottakende lege ved henvendelser.

Ansvarsgruppemøte:

Behandlere, ressurspersoner og seksjonssjefer ble invitert til ”workshop” om ansvarsgruppemøte²⁵ og metode for å gjennomføre dem for bedring av samhandlingen i møtene. På møtet ble det diskusjon om innhold og ulike roller i ansvarsgruppemøte, og ikke trening på gjennomføringen av metoden. Metoden og malen er prøvd ved noen ansvarsgruppemøter, med vekslende resultat. Flere møter ble holdt uten at malen ble fulgt. Det ble vurdert til å være et behov for videre trening på metoden.

²³ Undervisning i kriseplan

²⁴ Metode for å utarbeide kriseplan

²⁵ Workshop ansvarsgruppemøte

Tilbakemelding er at det er nyttig at ansvarsgruppemøtene får en fast struktur som sikrer at viktige ting blir behandlet, og at man har en mal som referatet kan ta utgangspunkt i. [Mal for referat fra ansvarsgruppemøte](#) er utarbeidet i prosjektet.

Individuell plan:

Det var stor enighet i at det bør være lik mal for IP for pasientene uansett om de er innlagt sykehus eller befinner seg i kommunen. I dag er det ulike maler. Dette gjør at ikke alle er godt kjent med de ulike malene. Kvalitetssikringen av overføringen av innhold i IP fra sykehus til kommune kan bli redusert. Det brukes også mye ressurser på å overføre opplysninger fra en mal til en annen.

Det ble holdt et arbeidsmøte med ressurspersoner ved ASP – sosionom og fagsykepleier, sammen med leder av prosjektet og faglig leder for prosjektet, for å diskutere innholdet i en felles IP mal. Det ble i prosjektet utarbeidet en [mal for IP](#) og [veileder til IP](#). Det er stor interesse for den nye malen og for å ta den i bruk.

Informasjonsmapper:

God samhandling med og om alvorlig psykisk syke krever at vi har kjennskap til hverandre og til tilbudene som finnes i kommunene og i sykehusavdelingene. Informasjonsmapper forventes å bli nyttige å ha tilgjengelige i seksjonene. Det er fint det er en ansvarlig for oppdatering av infomappene, og at denne personen kan kontaktes når en oppdager at noe ikke stemmer. Ideen om god kjennskap til hverandre med besøk til hverandre og gjensidig hospiteringsordninger rundt arbeidet med enkeltpasienter er bra.

Samhandlingsskjema – spørreundersøkelse blant personalet om kvalitet på samhandling:

Denne spørreundersøkelsen ble gjennomført i begynnelsen av prosjektet og mot slutten.

Noen av spørsmålene ble oppfattet som vanskelige å svare på, og ble av enkelte utelatt, fordi de ikke visste for eksempel hva kommunenes opplevelse var. Personalet fikk en større forståelse av hva som er viktig i spørsmål om kvalitet i samhandling gjennom å svare på

spørsmålene. Det oppleves som positivt at personalets erfaringer etterspørres. Det er godt å bli mer vant til ”tester og målinger”.

Arbeid rundt kartleggingsskjemaer av pasienter:

Det har vært nyttig å bli bedre kjent med hva det legges vekt på rundt pasientene slik det kommer til uttrykk gjennom spørreundersøkelsene. Det viste seg til tider å være vanskelig å få til avtaler for gjennomføring av undersøkelsene. Dette arbeidet ble i varierende grad prioritert av behandler og personal. De som deltok opplevde det stort sett nyttig og interessant å være med på. De håpet å få mer direkte tilbakemelding på resultatene.

Undervisningen for behandlergruppen:

Update on Schizofreni, NICE Guidelines - 2009 og *Update on Borderline personlighetsforstyrrelse, NICE Guidelines - 2009*, ble presentert for behandlergruppen. Det ble lite diskusjon om innholdet og hvordan anbefalingene som gis i NICE Guidelines kan gjøres tilgjengelige for pasientene ved ASP, men heller en diskusjon om hvorvidt NICE Guidelines er relevant å forholde seg til.

13. Hva fikk vi til?

Prosjektet har formulert en helhetlig modell for bedre samhandling, som er blitt presentert og drøftet i møter og som det er holdt undervisning om både ved ASP og i kommunene Ullensaker og Rømskog. Det er utarbeidet maler/veiledere for hvordan man konkret kan arbeide frem allerede kjente verktøy på, for å bedre samhandlingen. Det er blitt holdt arbeidsmøter (workshops) for innlæring av malene og gjennomgang av tenkningen. Faglig ledelse av prosjektet har deltatt i behandlingsmøter og kollegiale veiledningsmøter og gitt veiledning. Det er blitt arrangert et seminar for presentasjon av modellen som helhet og for presentasjon av erfaringene så langt. Skjema for måling av kvalitet for samhandling er laget og det er laget en mal for IP med veileder i bruken av den, som kan anvendes i hele Ahus og i alle bydelene og kommunene.

Prosjektet har forsiktig testet ut modellen og de ulike malene. Tilbakemeldingen har vært svært positive på relevansen og på nytten av selve metoden, og for bruken av malene der personalet/behandlere har gått inn for å lære metodene og prøvd å anvende dem. Tilsvarende

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

tilbakemelding har kommet fra politi og helsepersonell i kommunene. Det etterlyses mer undervisning. Mange har ved prosjektperiodens slutt vist en mer helhetlig forståelse av pasientene og det tilbudet som gis og for hvordan samhandling kan forstås og for hvilken betydning kvaliteten på samhandlingen har for kvaliteten av behandlingstilbudet.

14. Hva ble utfordringene?

Avdelingsoverlegen som var viktig initiativtaker og pådriver i prosjektet og en viktig støtte spiller i forankringen av prosjektet i behandlergruppen, gikk over i en ny stilling per 1.01.10. Engasjementet og deltagelse rundt prosjektets metoder og modell i behandlergruppen ble dermed redusert. Dette bidro videre til at en del personal ble usikre.

I kommunene var det forståelse og engasjement for prosjektet, som medførte mer jevn delaktighet blant helsepersonell, ledere og andre samarbeidspartnere enn totalt sett ved ASP.

Prosessen tydeliggjorde hvor viktig det er at det, ved endringsprosesser og ved krav om innlæring av ny kunnskap, kommuniseres grundig omkring grunnlagstenkning, slik at premisser blir tydeliggjort. Begrepsavklaringer og klare premisser og tydeliggjøring av rammer er avgjørende. Når prosjekter gjennomføres er det avgjørende, at klinikknære nøkkel personer og ledere er lojale mot de metoder som skal prøves ut, slik at evalueringen kan bli god.

Prosjektet valgte å vektlegge det å ferdigformulere prinsippene og tenkningen omkring samhandling, utvikle malene med tilhørende veiledere for bedring av samhandling ved de ulike samhandlingsarenaene og prioriterte å holde undervisning der det klart ble uttrykt et ønske om undervisning.

Ved ASP pågikk det flere prosesser parallelt. Den ene prosessen innebar at det ved ASP allerede før prosjektets start, var fattet beslutning om endringer. Noen av de endringene var å endre møteaktiviteten og drive behandlingsmøtene i tråd med metoden som inngikk i prosjektet og å etablere kollegiale veiledningsgrupper. Den andre prosessen var dette samhandlingsprosjektet i vid forstand. Enkelte ved ASP hadde vansker med å skille mellom

Prosjekt samhandling med og om de alvorligst psykisk syke.

Avdeling Spesialpsykiatri (Ahus) og Ullensaker- og Rømskog kommune.

Anna Marie Galambos, prosjektleder

Kim Augestad, lege, spesialist i psykiatri, faglig leder

disse to prosessene. Enkelte synes å ha blitt krenket i kravet om endring og synes ikke å fult ut selv å ta ansvar for egen krenkelse i prosessen, men prøvde å legge ansvaret for egen krenkelsen ut.

Prosesen tydeliggjorde behovet for kompetansehevingsprogrammer og en tydelig faglig ledelse ved ASP, for sikring av et felles språk og faglighet rundt hvordan en forholder seg og opptrer i endringsarbeid.

Prosjektperioden var kort, men intensiteten var stor i prosjektgruppen. Engasjementet ble tatt i mot med begeistring hos de fleste, mens enkelte ble muligens noe overveldet over tempo og glød og klarte ikke helt å henge med.

15. Veien videre

- Holde fokus på målet å få til etablering av pasientene i kommunene med det som skal til for et godt og verdig liv
- Kompetansehevingsprogrammer i første omgang innen kognitiv terapi, både generelle programmer og lidelsesspesifikke programmer
- Implementeringsplan i tråd med anbefalingene gitt i prosjektet, slik at kunnskapen om helheten blir faglig ivaretatt
- Beslutning i divisjonen om en enhetlig tilnærming til pasientene og i bruken av verktøyene
- Beslutning om å gjøre helhetlige behandlingsprogrammer tilgjengelige for pasientene
Endringen av holdningen om å ”plukke” fra behandlingsprogrammer det en synes godt om og la resten være, men å være tro mot behandlingsprogrammer i sin helhet
- Styrking av den faglige ledelsen på alle nivåer
- Innføre standard prosedyrer for kvalitetssikring av diagnostikk og annen nødvendig kartlegging
- Etablering av ressurspersoner både fra kommunene/bydelene og avdelingene i divisjonen rundt de ulike verktøyene
- Sikre prosjekter som gjør bruk av dette prosjektets grunnlags arbeide

- Årlige evalueringsmøter om samhandling
- Felles fag dager – hvor tema knyttes opp mot kompetansehevingsbehovet
- Sterkere tilknytning til FoU for evaluering og klinikknær forskning
- Utarbeiding av tilpasset undervisningsmaterialet for pasienter

Utfordringen videre blir å gjøre kunnskapen som ligger i prosjektet tilgjengelig og kjent for beslutningstakere slik at de forstår at metodene er anvendelige og tilgjengelig og kjent for behandlingsmiljøene slik at engasjementet vekkes for endring og for det å tilegne seg ny kunnskap.

16. Oversikt over vedlegg

1. Skjema kvalitetsmåling av samhandling
2. Koordinators rolle
3. Møteplan
4. Behandlingsplan
5. Behandlingsmøter
6. Kollegiale veiledningsgruppe
7. Fire koloners skjema
8. Kriseplan
9. Individuell plan
10. Veileder for utfylling av individuell plan
11. Ansvarsgruppemøter
12. Referat mal - ansvarsgruppemøter
13. Samarbeidsavtale overgangsbolig - "Tunet"
14. Kartleggings skjema – pasient
15. HoNOS
16. PANSS
17. PSYKRATS
18. Skåringsskjema for praktiske og sosiale ferdigheter (PSF).
19. Skjema måling av kvalitet på samhandling – pasient
20. Skjema måling av kvalitet på samhandling – helsepersonell
21. Prosjektmandatet
22. Logg for prosjektet
23. Undervisning kriseplan
24. Undervisning i metode for å utarbeide kriseplan
25. Workshop / undervisning i ansvarsgruppemøte