

UTREDNINGS- OG BEHANDLINGS-DOKUMENT FOR POST 3

Pasientens navn:	Fødselsdato:
Innleggesdato psykisk helsevern:	Avdeling:
Innleggesdato post 3:	Utskrevet dato:
Utskrevet til (institusjon/ poliklinikk/ hjem osv):	

Innhold:

1. Før pasienten kommer
2. Mottak av pasient
3. Utredning
4. Behandling
5. Utskriving

Individuell plan skal utarbeides for alle pasienter som er innlagt på tvunget vern og alle frivillig innlagte som ikke motsetter seg det.

Arbeid med individuell plan skal starte innen to uker	Startet dato:
Individuell plan skal være utarbeidet innen 2 måneder	Utarbeidet dato:

Følgende tester skal gjennomføres i løpet av utredningen:

	Dato
Symptomer: PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale	
Global inering: GAF: Global Assesment Functioning Scale	
Psykososial inering: Ho-Nos: Health of the Nation Outcome Scales	
Bivirkninger: 1. UKU's bivirkningsscala (Utvalg for Kliniske Undersøkelser) 2. Selvufyllingsskjemaer :holdninger/DAI-10/Lunser/brukte medisiner	
Rus: CAUS: Clinical Alcohol Use Scale CDUS: Clinical Drug Use Scale	
Nevropsykologiske tester, vurdere behov	

Tidsfrister:

	Tidsfrist	Utført
Oppnevnt behandlingsansvarlig og miljøkontakter	Første virkedag	
Etablere kontakt med pårørende	1 uke	
Behandlingsansvarlig og miljøkontakt planlegger utredningen	1 uke	
Første behandlingsmøte	2 uker	
Behandlingsplan ferdig	2 uker	
Starte arbeid med individuell plan	2 uker	
Planlegge oppfølging fra DPS og kommune	2 uker	
Tentativ diagnose:	1 måned	
Full utredning ferdig	1-3 måneder	
Fullføre individuell plan	2 måneder	
Diagnosevurdering i møte	3 måneder	
Kriseplan ferdig	Før utskrivelse	
Utskrivelse/ innleggelsens varighet	3- 9 måneder	

Innledning

Denne planen inneholder en oversikt over hva post 3 tilbyr av utredning og behandling for den enkelte pasient. Alle pasienter skal ikke ha full utredning, og alle pasienter skal ikke gjennomgå fullstendig behandling i post 3. Det skal tas stilling til om de enkelte punktene i planen er aktuelle for den enkelte pasient i den aktuelle situasjon. Planen sier ikke noe om hvordan de enkelte punktene skal gjennomføres.

Kapittelet om "Gjennomføring av utredning og behandling" skal følges. Punkter nevnt under "tiltak" skal gjennomføres, og dokumenter som foreslås kan brukes når det er hensiktsmessig. Dokumentene er tilgjengelige i en perm på vaktrommet.

Planen skal bli revidert når det er behov for endringer. Innspill til forbedringer mottas gjerne.

Den viktigste ressursen vi har er menneskene i posten og relasjonene mellom dem. Dette er ikke omtalt i denne planen.

Planen er utformet av en arbeidsgruppe ved post 3 bestående av John Christian Fløvig, Svein Erik Bjørgan, Ulrika Johansson, Eli Welde Johansen og Turid Møller. Den gjelder for alle pasienter og alle ansatte i post 3

Planen erstatter tidligere versjoner av "utrednings- og behandlingsdokument ved post 3".

Trondheim, juni 2006

John Christian Fløvig
Overlege/ faglig ansvarlig

Eli Welde Johansen
Avdelingssykepleier

Målsetting for post 3

→ Se "hovedmålsetting for post 3" og "virksomhetsplan"

Generelle prinsipper for utredning og behandling

- Første møte med behandlingsapparat viktig, krise for pasient og pårørende
- Respekt, innlevelse, omsorg
- Informere pårørende etter samtykke fra pasienten
- Behandlingen skal starte så tidlig som mulig
- Pasient og familie tas med i planlegging og evaluering
- Pasienten skal ha en individuell behandlings- og tiltaksplan
- Medikamentell antipsykotisk behandling er en viktig del av behandlingen
- Familiens engasjement i behandlingen skal tas vare på
- Det legges vekt på å oppnå behandlingsallianse
- Kontinuitet og tilgjengelighet
- Individuell tilpasning av behandling
- Pasient og familie trenes i å mestre stress og regulere mengde stress
- Målrettet miljøterapi er en viktig del av behandlingen på post 3
- Behandlingen gjennomføres frivillig og poliklinisk hvis mulig
- Behandlingen skal gi pasienten og familien informasjon og kunnskap
- Behandlingen skal identifisere problemer og forberede krisestøtte
- Behandlingsnettverk og samarbeid er nødvendig for å gi god behandling
- Behandlingen skal dokumenteres og evalueres
- Behandlingen evalueres sammen med pasient og familie

Gjennomføring av utredning og behandling

Innholdet i planen er delt i utredning og behandling. I praksis vil oppgavene gå over i hverandre. Behandlingen vil vanligvis starte mens utredningen pågår. Det vil også forekomme innleggelseser som skyldes evakuering fra akuttpostene, kriser, reinnleggelseser eller andre forhold som vurderes i det enkelte tilfelle. Behandlingsansvarlig har sammen med miljøkontakt ansvaret for at utredningen og behandlingen gjennomføres etter planen.

Varighet:

- Antatt varighet av innleggelse avklares før pasienten tas imot i posten hvis dette er mulig. Full utredning tar vanligvis fra 1 til 3 måneder. Utredningen gjennomføres etter en plan, og den fullføres når man har tilstrekkelige opplysninger til dette. Utredningen skal ikke vare lenger enn nødvendig.
- Oppholdet ved post 3 varer normalt i 3 til 9 måneder. Annen varighet kan avtales etter individuell vurdering. Så snart pasienten er i stand til det og det er hensiktsmessig skal utredning og behandling foregå som dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Behandlingsansvarlig/miljøkontakt:

- Behandlingsansvarlig og miljøkontakter velges før pasienten kommer til posten hvis dette er mulig. Pasienten får behandlingsansvarlig og miljøkontakter senest første virkedag etter ankomst i posten. Miljøkontakt starter innsamling av opplysninger første uke. Behandlingsansvarlig og miljøkontakt har møte innen noen dager, senest en uke, for å planlegge utredningen. Behandlingsansvarlig vurderer om pasientens problem fortsatt synes å ligge innenfor postens målgruppe.

Behandlingsmøter:

- Det lages en kort behandlingsplan for pasienten innen to uker. Samtidig starter arbeidet med individuell plan. Miljøkontakt utformer behandlingsplanen i samråd med behandlingsansvarlig. Behandlingsansvarlig lager et journalnotat som omfatter hovedpunkter i behandlingsplanen. Behandlingsplanen og individuell plan endres ved behov, og den vurderes i forbindelse med behandlingsmøtene.
- Behandlingsmøte for den enkelte pasient gjennomføres en gang per måned ved utredning og en gang hver tredje måned i behandlingsfasen. Ved behov gjennomføres hyppigere møter. Første behandlingsmøte bør holdes innen 2 uker etter ankomst i posten. Arbeidet med målsetting for behandlingen, fremtidig bosituasjon, utskrivelse og oppfølging fra kommunen etter utskrivelse skal startes i forbindelse med første behandlingsmøte.
- På behandlingsmøte deltar miljøpersonellet i pasientens gruppe, behandlingsansvarlig, pasienten og evt flere fra stab. Miljøkontakt skriver referat fra behandlingsmøte i kardex samme dag. Både behandlingsansvarlig og miljøkontakt skal sammen sørge for at det er samsvar mellom journalnotat og referat i kardex.
- Ved behov for avklaring av situasjon eller tiltak mellom behandlingsmøtene gjøres dette av behandlingsansvarlig og miljøkontakt. Dersom disse ikke er tilgjengelig og problemet ikke kan vente, tas det opp med gruppeleder, avdelingssykepleier, stabspersonell i posten eller vakthavende leger alt etter problemets art og grad av hast.

Journalføring:

- Det lages normalt ett journalnotat hver uke for pasienter under utredning og minst et notat hver måned for pasienter i behandlingsfase. Behandlingsansvarlig lager journalnotat når det foreligger vesentlig nye momenter. Behandlingsansvarlig lager journalnotat med hovedpunkter fra behandlingsmøtene.
- Målet med journalføringen er at journalen skal være et forsvarlig arbeidsdokument både for pasientens egen behandler og for andre behandlere som er i kontakt med pasienten, inkludert leger på vakt.

Diagnose:

- Tentativ diagnose settes i posten av behandlingsansvarlig innen 1 måned. Diagnose tas opp i postens stabsmøte innen 3 måneder eller tidligere ved utskrivelse før dette.

1. FØR PASIENTEN KOMMER

TILTAK	FORSLAG TIL DOKUMENT
1.1 Vurderingssamtale før innleggelse (forvern)	Sjekkliste for STIP med PANSS og GAF
1.2 Innsamling av opplysninger om pasienten bl. ut i fra søknad/overføringsnotat/sykepleiesammenfating og nedfelle opplysninger i cardex	"Ny pasient" dokument

2. MOTTAK AV PASIENT

TILTAK	FORSLAG TIL DOKUMENT
2.1 Skrive inkomstnotat i journal og cardex	
2.2 Skåre GAF , evt. innhente score ved overføringer, nedskrives på "GAF-skjema"	

3. UTREDNING

TILTAK	FORSLAG TIL DOKUMENT
3.1 Anamnese <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familieanamnese (psykisk sykdom i slekten, familieforhold) ▪ Sosial anamnese (oppvekst, utvikling, seksualitet) ▪ Utdanning og arbeid (skolegang, utdanning, arbeid, verneplikt) ▪ Psykiatrisk anamnese (sykdomsutvikling, suicidalforsøk, eget forhold til lidelse og livssituasjon, tidligere vold, aktuelle belastninger og problemer, bruk av psykofarmaka) ▪ Somatisk anamnese (perinatale kompl., somatisk sykdom, infeksjoner, hodetraume, medikamentanamnese, bruk av narkotika/ alkohol/tobakk) ▪ Anamnestisk informasjon fra tidligere behandlingsinstanser 	
3.2 Identifisere fastlege og andre hjelpere utenfor sykehus og etablere kontakt med disse.	
3.3 Første pårørendemøte	Cardexark G3d
3.4 Symptomregistrering <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive symptomer, negative symptomer og almennsymptomer: Skåre PANSS ▪ Depressive symptomer ▪ Kognitive symptomer 	PANSS eller SCI-PANSS (psykotiske symptom) SCL-90-R (generelle symptom) Calgary Depression Scale (depresjon ved psykose) Beck Depression Inventory (depresjon) HAD (angst og depresjon) IDS-C (bipolar lidelse -depresjon) Young's Mania Rating Scale (bipolar lidelse- mani)
3.5 Datasamling til behandlingsplan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fysiske , psykiske , sosiale og åndelige behov ▪ Pasientens ressurser og ønsker for oppholdet 	Cardexark G3a Cardexark G3b
3.6 Behandlingsmøter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlingsplan ▪ Individuell plan 	Cardexark G3d Cardexark G3b Individuell plan: ensidig versjon evt.flersidig versjon

<p>3.7 Somatisk utredning</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orienterende nevrologisk status ▪ Somatisk status med høyde og vekt. ▪ BMI: vekt / (høyde * høyde) ▪ Rusundersøkelser i urin: cannabis, amfetamin, opiater, benzodiazepiner. ▪ Ved mistanke om påvirkning av alkohol undersøkes alkohol i pusteprobe. ▪ Blodprøver (Hb, trc, hvite, diff. telling hvite, MCV, MCH, MCHC, CRP, TSH, fritt T4, tyroxin, ALAT, gamma GT, CK, ALP, bilirubin, kreatinin, albumin, folat i erytrocytter, Vit B12, Na, K, fosfat, Ca, Mg, HDL-kolesterol, LDL- kolesterol, total kolesterol, F-Triglycerider, F-blodsukker). ▪ EKG- hvis dette ikke er tatt nylig ▪ MR cerebrum – hvis dette ikke er tatt tidligere ▪ EEG - hvis dette ikke er tatt tidligere ▪ Lege vurderer om det er behov for andre prøver, feks hepatittserologi (OBS hepatitt C ved rusanamnese), HIV, lues (syfilis), Borrelia, endokrinologi, kromosomavvik. Vurderer også behov for å gjenta undersøkelser ved endring av symptomer og ved nye opplysninger. 	<p>Eget notat Eget notat</p> <p>Se ferdige utfylte blodprøveskjema ("utredningsblodprøver")</p>
<p>3.8 Vektmåling 1 gang pr. uke</p>	<p>Cardexark F1</p>
<p>3.9 Kartlegging av praktiske og sosiale ferdigheter Skåre Ho-Nos (Health of the Nation Outcome Scales)</p>	<p>Funksjonsregistreringsskjema Ferdighetsprofil (LSP): Life Skills Profile Interessesjekkliste Kartlegging av interesse for fysisk aktivitet s-GAF: splittet GAF</p>
<p>3.10 Kartlegge pasientens egenvurdering av sin livskvalitet</p>	<p>MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Life Lehmans Livskvalitetsintervju</p>
<p>3.11 Rusutredning</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rusutredning ▪ Avhengighetsgrad: Skåre CAUS (Clinical Alcohol Use Scale) Skåre CDUS (Clinical Drug Use Scale) ▪ Årsaker til bruk av rusmidler ▪ Motivasjon til å slutte med rusmidler 	<p>Rusutredningsskjema (m/Europ ASI) SMAST: Short Michigan Alcohol Scale DAST: Drug Abuse Screening Test DMM: Drinking Motives Measure DUMM: Drug Use Motives Measure Motivasjonskartlegging (Prochaska og DiClemente)</p>
<p>3.12 Vurdering av økonomi / trygdestatus / boligbehov</p>	
<p>3.13 Vurdering av behov for nevropsykologiske tester</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oppmerksomhet ▪ Eksekutive funksjoner ▪ Intellektuell funksjon ▪ Innlæring ▪ Psykomotorisk tempo, prosesskapasitet ▪ Hukommelse 	<p>Se også tillegg på side 8 CPT II WCST: Wisconsin Card Sorting Test WASI/WAIS-III CVLT: California Verbal Learning Test TMT A og B WMS-R</p>
<p>3.14 Tentativ diagnose innen 1mnd</p>	<p>ICD 10- forskningskriterier SCID-1 eller MINI</p>
<p>3.15 Vurdering av behov for medikamenter: Gjennomføre UKU bivirkningsundersøkelse og selvtuttyllingsskjema om medisin</p>	<p>PANSS</p>
<p>3.16 Vurderingstime til fysioterapeut</p>	
<p>3.17 Vurdere deltagelse i psykoedukative grupper som: "Et selvstendig liv", "Veien til et bedre liv", Pasientkurs om schizofreni/ psykose etc.</p>	
<p>3.18 Vurdere tilbud til pårørendes om deltagelse på psykoedukativt kurs</p>	

4. Behandling

TILTAK	FORSLAG TIL DOKUMENT
4.1 Fortsatt symptomvurdering	PANSS (psykotiske symptomer) Symptomregistreringsskjema SCL-90-R (generelle symptom) CDSS (depresjon ved psykose) BDI (depresjon) HADS (angst og depresjon)
4.2 Fortsatt vurdering av praktiske og sosiale ferdigheter	Ho-Nos: Health of the Nation Outcome Scales Funksjonsregistreringsskjema Ferdighetsprofil (LSP): Life Skills Profile Interessesjekkliste Kartlegging av interesse for fysisk aktivitet S-GAF: splittet GAF
4.3 Behandlingsmøter <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlingsplan ▪ Individuell plan 	Cardexark G3d Cardexark G3b Individuell plan (ensidig versjon evt. flersidig versjon)
4.4 Nettverksarbeid <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pårørendesamtaler ▪ Støttekontakt ▪ Oppfølging barn/barnevern 	Cardexark G3a
4.5 Vurdering av oppfølgende behandling etter post 3 og kontaktetablering med samarbeidende instanser (feks. DPS, poliklinikk eller pasientens hjemkommune)	Individuell plan PANSS Ho-Nos: Health of the Nation Outcome Scales
4.6 Vurdering av medikamentell behandling <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serumspeil 	PANSS UKU bivirkningsundersøkelse Selvutfyllingsskjema medisin
4.7 Fortsatt vektmåling i gang pr. mnd	Cardexark F1
4.8 Måltrettet miljøterapi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Egostøttende miljøterapi ▪ Sosial trening ▪ Botrening ▪ Fysisk aktivitet 	Livsløpslinje
4.9 Individualterapi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Støtteterapi ▪ Kognitiv atferdsterapi ▪ Evt. Innsiktsorientert terapi (må vurderes spesielt) 	
4.10 Psykoedukative kurs: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Et selvstendig liv" ▪ "Veien til et bedre liv" ▪ Pasientkurs om schizofreni/ psykose etc. 	
4.11 Psykoedukative kurs for pårørende	
4.12 Arbeidstrening	
4.13 Fysikalsk behandling/psikomotorisk behandling	
4.14 Fortsatt oppfølging av økonomi/trygdestatus/ bolig	

5. UTSKRIVING

TILTAK	FORSLAG TIL DOKUMENT
5.1 Epikrise / oppsummering i journal	
5.2 Score GAF, nedskrives på GAF-skjema	
5.3 Miljøterapisammenfatning <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sykepleierapport ▪ Ergoterapeutrapport ▪ Fysioterapirapport ▪ Sosionomrapport 	Cardexark A5 Ho-Nos: Health of the Nation Outcome Scales Ferdighetsprofil (LSP): Life Skills Profile Interessesjekkliste Kartlegging av interesse for fysisk aktivitet
5.4 Utarbeide kriseplan	Kriseplan
5.5 Pasientevaluering av oppholdet på post 3	Intervjuprotokoll om pasienterfaringer fra opphold i psykiatrisk avdeling
5.6 Pårørendeevaluering av oppholdet på post 3	

Tillegg:

Standardbatteri for testing av nevropsykologiske funksjoner i TOP/ Oslo.
Disse kan brukes i stedet for de testene nevnt under punkt 3.13.

	Funksjoner	Tester: 1. valg	Tid (min)
1	Motorisk tempo	Grooved Pegboard Test	5
2	Psykomotorisk tempo	Digit Symbol (Wais III)	5
3	Oppmerksomhet	Color-Word Interference test (D)	10
4	Arbeidsminne	Letter-number sequencing (Wais III)	5
5	Verbal hukommelse	CVLT-II	10
6	Visuell hukommelse	RCFT	10
7	Intelligens	Ordforståelse, Matriser (W)	15
8	Eksekutiv funksjon	WCST (64 kort)	10
9	Premorbid evne	NART	5
			($\Sigma=75$)

