

Vestvågøy  
kommune

Vågan  
kommune

**Velkommen til Rask psykisk helsehjelp**

Rask psykisk helsehjelp Lofoten er et interkommunalt samarbeid mellom Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan kommune. Dette er et lavterskeltilbud for mennesker med lettere/moderat angst, depresjon og/eller søvnplager. Tilbudet er gratis.

Rask psykisk helsehjelp tilbyr behandling forankret i kognitiv metode. Tilbudet består av:

* Assistert selvhjelp
* Introduksjonskurs i mestring av angst og depresjon
* Individuelle samtaler

**Du har henvendt deg til Rask psykisk helsehjelp og har takket ja til oppstartsamtale.**

**Vi ber deg om å fylle ut vedlagte skjema og ta de med deg på første møte.**

Dato for henvendelse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato for kontakt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Oppstartsdato\_\_\_\_\_\_\_

Navn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Personnummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­

Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Postnummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Epost\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kommune: Vestvågøy 1 Flakstad 2 Moskenes 3 Vågan 4

Sivilstatus:

Gift □ Skilt □ Samboer □ Enslig □ Separert □ Enke/enkemann □

Barn/søsken under 18 år ja □ nei □ **Navn og fødselsdato, adresse** for hvert barn, omsorg og ansvar for barn?   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Er barnet orientert om mors/fars tilstand? ja □ nei □ Er barna ivaretatt? ja □ nei □ Behov for informasjon? ja □ nei □ Kommentarer:

Fastlege\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Legesenter\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nærmeste pårørende: Navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hva er årsak til henvendelsen?**

**□** Lett/moderat depresjon □ Angst □ Søvnvansker

**Annet:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Eventuelle tilleggsplager?**

**□** Samlivsproblematikk **□** Trøtthet □ Spillavhengighet

**□** Livskrise □ Økonomiske problemer □ Spisevegring

**□** Familierelasjoner □ Alkoholproblem **□** Utmattelsessyndrom (ME)

□ Overvekt □ Smerte □ Rusproblem (illegalt)

**Har du eller har du hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Har du opplevd eller vært utsatt for vold eller overgrep, psykisk eller fysisk?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Arbeid/aktivitet**

I arbeid □ Jobbtittel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stillingsprosent\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fast □ Midlertidig □ Sykemeldt Ja □ Nei □ Hvis ja: Fra dato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ % sykemeldt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kommunalt ansatt □

Økonomisk støtte fra NAV Ja □ Nei □ Hvis ja, fra dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Annet, eks. arbeidssøker/dagpenger/AAP/permisjon/hjemmeværende/pensjonist/student/elev/ufør

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opplever du at din evne til å studere er nedsatt pga psykiske helseplager? Ja □ Nei □

Opplever du å stå i fare for å falle ut av studier pga psykiske helseplager? Ja □ Nei □

**Rusmiddelbruk:**

Hvor ofte drikker du alkohol?

Aldri □ 1 gang i måneden eller sjeldnere □ 2-4 ganger pr. mnd □

2-3 ganger i uken □ 4 ganger i uken eller mer □

**Andre rusmidler:**

Andre rusmidler Hvilke?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hvor hyppig?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tidligere behandling for psykiske plager (i sykehus innleggelser eller samtaler eller oppfølging i kommune?)**

Har du tidligere vært i psykologisk behandling? Ja □ Nei □

Hvis ja, for hva?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Når?\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hvor?\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fysiske sykdommer**

Fysisk sykehistorie av betydning? Ja □ Nei □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medikamentbruk**

Type\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ For hva?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dine mål for behandlingen**

*Forsøk å skrive ned noen konkrete målsettinger. Eks: hvis du ønsker å bryte isolasjon, kan et konkret mål være å møter venner to ganger pr uke. Eks: hvis du har angst, kan et konkret mål være å klare å reise med buss alene*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SAMTYKKE**

**Jeg gir mitt samtykke til at Rask psykisk helsehjelp kan:**

Sende melding til min fastlege om oppstart Ja □ Nei □

Sende avslutningsnotat til fastlege etter fullført behandling Ja □ Nei □

Samarbeide med fastlegen ved behov Ja □ Nei □

Utveksling av gjensidig informasjon ved behov til mine pårørende Ja □ Nei □

Andre samarbeidspartnere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja □ Nei □

Jeg samtykker til at jeg har fått informasjon om at de ansatte i RPH har taushetsplikt og at RPH er pliktig til å føre journal. Jeg er også orientert om at for å få best mulig hjelp kan saken bli drøftet i Rask psykisk helsehjelp-teamet, med mindre jeg ikke ønsker det.

Ja □ Nei □

Sted\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PHQ- 9

Navn: Dato:

***Hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene i løpet av de siste to ukene.***

**0**

Ikke i det hele tatt

**1**

Noen dager

**2**

Mer enn halvparten av dagene

**3**

Nesten hver dag

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Liten interesse for eller glede av å gjøre ting |  |  |  |  |
| 2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet |  |  |  |  |
| 3. Vansker med å sovne, sove uten avbrudd eller sovet for mye |  |  |  |  |
| 4. Følt deg trett eller energiløs |  |  |  |  |
| 5. Dårlig matlyst eller å spise for mye |  |  |  |  |
| 6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket, eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din |  |  |  |  |
| 7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på tv |  |  |  |  |
| 8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt – følt deg så urolig eller rastløs at du har beveget deg mye mer enn vanlig |  |  |  |  |
| 9. Tanker om at det ville vært bedre om du var død eller om å skade deg selv |  |  |  |  |

Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

   

Ikke vanskelig i det hele tatt

Litt vanskelig Svært vanskelig Ekstremt vanskeli



GAD-7

Navn: Dato:

***Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste to ukene.***

**0**

Ikke i det hele tatt

**1**

Noen dager

**2**

Mer enn halvparten av dagene

**3**

Nesten hver dag

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Følt deg nervøs, engstelig eller på tuppa |  |  |  |  |
| 2. Ikke klart å stoppe eller kontrollere bekymringene dine |  |  |  |  |
| 3. Bekymret deg for mye om ulike ting |  |  |  |  |
| 4. Hatt vansker med å slappe av |  |  |  |  |
| 5. Vært så rastløs at det har vært vanskelig å sitte stille |  |  |  |  |
| 6. Blitt lett irritert eller ergret deg over ting |  |  |  |  |
| 7. Følt deg redd som om noe forferdelig kunne komme til å skje |  |  |  |  |

Hvis du har opplevd ett eller flere av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det vanskelig for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?

   

Ikke vanskelig i det hele tatt

Litt vanskelig Svært vanskelig Ekstremt vanskelig

# Alvorlighetsgraden av søvnproblemer Insomnia Severity Index

Navn: Dato:

1. Vær vennlig å angi hvor store vansker du har med søvnen nå for tiden (de siste 2 ukene)?

Ingen Milde Moderate Alvorlige Veldige

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a. Vansker med å sovne inn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. Vansker med å holde meg sovende | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. Vansker med at jeg våkner for tidlig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

1. Hvor fornøyd/misfornøyd er du med ditt nåværende søvnmønster?

Veldig fornøyd Fornøyd Nøytral Misfornøyd Veldig misfornøyd 0 1 2 3 4

1. I hvilken grad mener du at ditt søvnproblem forstyrrer din daglige fungering (for eksempel tretthet på dagtid, evne til å fungere på arbeid/daglige gjøremål, konsen- trasjon, hukommelse, humør, etc.)?

Forstyrrer ikke i det hele tatt

Litt Noe Mye Forstyrrer i veldig stor grad

0 1 2 3 4

1. Hvor synlig tror du det er for andre at du har søvnproblemer som svekker din livskvalitet?

Ikke synlig i det hele tatt

Litt Noe Mye Synlig i veldig stor grad

0 1 2 3 4

1. Hvor bekymret/plaget er du over ditt nåværende søvnproblem?

Ikke bekymret i det hele tatt

Litt Noe Mye Bekymret i veldig stor grad grad

 1 2 3 4

**Egne notater:**

PHQ-9:

GAD-7:

ISI:

Får tilbud om:

Evt. oppstart kurs, dato:

Avsluttes evt. grunnet:

PLO til fastlege:

Registrert i statistikk: