

# HÅNDBOK

# PSYKIATRISK LEGEVAKT

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS 2018





# INNHold

---

|   |    |
|---|----|
| <b>Organisasjon</b> .....                         | 4  |
| <b>Pasientbehandling</b> .....                    | 4  |
| <b>Målgruppe</b> .....                            | 4  |
| Barn og ungdom.....                               | 5  |
| Når pågangen er stor .....                        | 5  |
| Resepter, sykemeldinger og attester .....         | 6  |
| Komparenthenvendelser.....                        | 6  |
| Videre oppfølging.....                            | 6  |
| Epikriser .....                                   | 6  |
| Diagnostikk.....                                  | 6  |
| <b>Journalføring</b> .....                        | 7  |
| <b>Diagnostikk og behandling</b> .....            | 8  |
| Vurdering av selvmordsfare .....                  | 8  |
| Traumatisk påkjenning .....                       | 8  |
| Panikkangst.....                                  | 9  |
| Ustabil personlighetsforstyrrelse.....            | 10 |
| Alkoholavhengighet.....                           | 10 |
| <b>Krevende konsultasjoner</b> .....              | 12 |
| Ruspåvirkede pasienter .....                      | 12 |
| Rus og vold .....                                 | 13 |
| Eldre pasient med forvirring .....                | 13 |
| Ungdom på barnevernsinstitusjon .....             | 13 |
| Psyisk utviklingshemmet .....                     | 14 |
| Pasient med schizofreni i bemannet bolig .....    | 14 |
| Akutt dystoni.....                                | 14 |
| <b>Medikamentell behandling</b> .....             | 15 |
| <b>Innleggelser</b> .....                         | 17 |
| <b>Samarbeidspartnere</b> .....                   | 19 |
| <b>Relevante helselover</b> .....                 | 22 |
| <b>Personalet</b> .....                           | 24 |
| <b>Vedlegg: Sjekklistor for diagnostikk</b> ..... | 28 |

## ORGANISASJON

---

Psykiatrisk legevakt er en seksjon i Klinikk psykisk helse og avhengighet, Ostlo universitetssykehus, under Nydalen DPS, lokalisert i den kommunale Legevakten i Storgaten 40. Psykiatrisk legevakt gir poliklinisk akuttpsykiatrisk service på kveldstid og i helger for hele Oslo og fungerer som et utvidet tjenestetilbud til Oslos DPS.

### Åpningstid

Hverdager 16-22, helg og helligdager 12-20. Julaften 12-16, nyttårsaften, påske- og pinseaften 12-18.

### Mål og strategier

#### Helsepolitiske føringer

Opptrappingsplanen for psykisk helse fremholder at tilgjengelighet, nærhet, kontinuitet, brukerorientering, lav bruk av tvang og kvalitet er overordnede verdier i psykiatrisk behandling. Disse verdiene er også våre verdier.

#### Vi skal gi god poliklinisk akuttpsykiatrisk service ved å:

- Gjøre gode vurderinger, gi fokusert og kortvarig behandling og eventuelt henvise videre til riktig behandlingsnivå
- Tilstrebe kort ventetid
- Tilstrebe at innleggelser i sykehus er godt begrunnede og skjer frivillig der det er mulig
- Sikre at alle pasienter får spesialistvurderinger
- Legge til rette for et velfungerende teamsamarbeid på vakt
- Rekruttere medarbeidere med god akuttkompetanse og trene dem profesjonelt
- Evaluere virksomheten kontinuerlig og sette nye mål for forbedring gjennom et godt internkontrollsystem
- Tilstrebe et godt samarbeid internt på Legevakten, med førstelinjen, med spesialisthelsetjenesten, politiet og andre aktører på tvers av etater

#### Katastrofeberedskap

Det er Sosialt ambulant akutteam som leder det psykososiale krisearbeidet ved Oslo legevakt. Vi samarbeider med dem om oppretting av psykososiale kriseteam. Vi deltar i deres øvelser. Vi står også på innkallingslisten til OUS ved kriser og varsles automatisk. Vi har en egen beredskapsgruppe satt sammen av ledelsen på bakgrunn av interesse og kompetanse.

## PASIENTBEHANDLING

---

### Målgruppe

Psykiatrisk legevakt skal gi god poliklinisk akuttpsykiatrisk service til Oslos befolkning på kveldstid og i helger.

#### Vår spesialkompetanse er:

- Spesialistvurderinger
- Vurdering og behandling av akuttpsykiatriske tilstander
- Selvmordsrisikovurderinger
- Innleggelsesvurderinger

#### Komplette konsultasjoner

- Alle våre konsultasjoner skal være komplette. Konsultasjonen skal avklare det akutte behandlingsbehovet, og skal derfor konsentrere seg om det aktuelt presenterte problemet og hva som utløste dette. Legevaktsperspektivet er å forholde seg til det som ikke kan vente til i morgen.
- Vi skal tilføre pasientene noe av verdi i hver eneste konsultasjon!
- Vi skal alltid gjøre en diagnostisk vurdering for å finne ut hva som feiler pasienten. Gjør et grundig arbeid med å beskrive symptomene som ligger til grunn for diagnosen. Begrens bruken av F 99.
- Vi skal samle trådene slik at når man leser journalnotatet føler man seg godt orientert. Man skal alltid referere tidligere sykehistorie kort, aldri henvise til annen journal for viktig informasjon, kun for utdypning, fordi notatet sendes til behandler et annet sted som ikke har tilgang på våre journaler. I tillegg skal grunnleggende sosiodemografiske forhold med: jobb, bolig, funksjon, sivilstatus, barn, samt opplysninger om nåværende behandlings-/omsorgstilbud tas med.
- Komparentopplysninger bør innhentes dersom det er nødvendig for å gjøre en god vurdering, og dersom man får tillatelse. Man skal vurdere å kontakte sektorsykehuset for utfyllende opplysninger fra behandling ved DPS

eller siste epikrise fra sykehusopphold ved behov, og man skal som hovedregel henvise tilbake til pågående behandlingsopplegg. Vær meget tilbakeholden med å henvise til ny behandling dersom pasienten allerede er i behandling i spesialisthelsetjenesten. La den faste behandler ta stilling til dette. Du kan eventuelt foreslå ny behandling i notatet som sendes tilbake til fast behandler.

- Medikasjon bør startes opp dersom det er indikasjon, men vær tilbakeholden med å gi pasienter resept fordi de ikke har vært hos fastlegen. Vi skal ikke overta behandlingsansvaret.
- Relevant somatisk problemstilling skal adresseres. Vær oppmerksom på at forvirringstilstander alltid skal undersøkes av Allmennhelseavdelingen først for å utelukke somatisk årsak.
- Vi skal gi klare anbefalinger om videre behandling/omsorgstilbud.
- Vi skal normalt ikke henvise til ØHJ-time på DPS dagen etter; vi skal henvise til DPS på vanlig måte og gi behandling som varer utover ett døgn. Pasienten bør informeres om at han eller hun kan kontakte DPS eller oss/legevakten dersom det skjer noe akutt.
- Kopi av journal skal som hovedregel sendes med pasienten og til fast behandler og fastlege for å bidra til kontinuitet i pasientbehandlingen, men husk å klarer dette med pasienten først!
- Alle konsultasjoner skal godkjennes av spesialist.
- Pasientene henvender seg i Mottaket når de kommer til Legevakten. Der registreres pasienten på navn, fødselsdato, adresse og problemstilling. Mottaket vurderer pasientens hastegrad ("triage") til de ulike tilbudene på Legevakten.
- Vi tilstreber at pasientene ikke skal vente lenger enn en time. For at ventetiden skal være kort, bør konsultasjonene ikke overstige en time, slik at pasientgjennomstrømningen opprettholdes. Dersom pasienten ikke svarer ved opprop, bør vi rope opp igjen etter ca. 15 minutter, og deretter avslutte kontakten.
- Hvis pasienten er urolig eller aggressiv, kan du be om assistanse fra vokterne og stue 1 på Allmennseksjonen kan brukes. Stol på din intuisjon, ikke ta noen sjanser!
- Utenbys pasienter, turister og andre personer som oppsøker Legevakten kan ikke avvises med begrunnelse at de ikke er Oslo- tilhørende uten en vurdering av problemstillingens alvorlighetsgrad. Telefonhenvendelser fra andre deler av landet henvises til lokal legevakt.

## Barn og ungdom

Vi har ingen aldersgrense. Ved henvendelser om barn, er det viktig å snakke med både foreldre og barn, både hver for seg og sammen. Dersom du blir i tvil om foreldrenes omsorgsevne, drøft saken med Sosialt ambulant akutteam før du kontakter barnevernsvakten.

Barne- og ungdomspsykiatri i Oslo har døgntilbud ved Ungdomspsykiatrisk akutenhet ved OUS for alderen 13-17 år fra Oslo med alvorlige psykiske lidelser og i behov for øyeblikkelig hjelp innleggelse. Det er ingen institusjon som har pålagt plikt til mottak av barn. Det vil være ytterst sjelden barn fra 12 år og nedover kommer inn under ØHJ kriteriene slik de er formulert i forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. Vanligvis vil henvendelser dreie seg om barn som er desperate, truende både mot voksne og om å skade seg selv på bakgrunn av vanskelig omsorgssituasjon, og barnevernet vil kunne ta hånd om barnet og henvise til BUP poliklinikk dagen etter.

I de svært få tilfellene der det dreier seg om opplagte psykososer med behov for rask psykiatrisk hjelp for å avverge alvorlig helseskade, kan pasienten henvises til vurdering ved ungdomspsykiatrisk akutenhet.

Barnevernstjenestens oppgaver i henhold til Lov om barnevern:

- Forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer
- Medvirke til at barn og ungdoms interesser ivaretas også av andre offentlige organer

I Lov om barnevern blir helsepersonells meldeplikt klart definert: «Offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikten, gi opplysninger til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger annen form for omsorgssvikt.»

Dette betyr at ved mistanke om alvorlig omsorgssvikt har helsepersonell plikt til å melde dette til barnevernet. Videre pålegger loven oss i slike tilfeller å gi opplysninger til barnevernet når de ber om det. Taushetsplikten settes her til side. Det gjelder også Psykiatrisk legevakt.

## Når pågangen er stor

Når pågangen blir for stor er det nødvendig å prioritere mellom hvilke pasienter som skal få konsultasjon og hvilke som bør henvises andre instanser eller må vente. Pasientene er triagert, dvs. prioritert, men vi skal gjøre en ny vurdering som kan endre dette. Triage 4 betyr at det kan vente til neste dag.

t

Stor pågang defineres her som mer enn 6 pasienter på listen, og/eller anslått ventetid mer enn to timer. Det

kjennetegnes også av økende henvendelser fra andre seksjoner og pasienter/pårørende om ventetid.

Det er spesialsykepleiers ansvar å holde arbeidslisten oppdatert.

Den mest erfarne psykiater eller psykologspesialist skal gå gjennom alle på listen og se om noen kan henvises andre eller avvises.

- Pasienter som ligger på OBS-posten vurderes nøye ifht om de trenger en konsultasjon hos oss. Dersom de hadde en konsultasjon i går, trengs kanskje ingen ny konsultasjon. Man ringer OBS-posten og drøfter dette og sier at ventetiden er lang og at vi må prioritere.
- Man gir mottaket beskjed og ber dem prioritere og å gi beskjed om lang ventetid.
- Man gir skiftleder på Allmenn beskjed og ber dem ikke overføre pasienter til oss dersom det ikke er strengt nødvendig.
- Man hører med SAA om de kan ta noen konsultasjoner for oss.

Vi må beklage lang ventetid overfor pasientene og gi dem beskjed om at konsultasjonen må bli begrenset. Vi bør gå ut og informere pasienter som har ventet lenge om anslått ventetid.

### **Resepter, sykemeldinger og attester**

Resepter og sykemeldinger bør som hovedregel ikke skrives ut, da man gjennom dette også påtar seg et oppfølgingsansvar som det ikke er tenkt at vi skal ha overfor pasienter. Det kan imidlertid være viktig å komme raskt i gang med behandlingen i påvente av DPS eller fastlege, og da skal det sendes journalkopi til behandler der man gjør oppmerksom på at de overtar forskrivningsansvaret. Dersom pasienten trenger sykemelding før de kommer til fastlegen kan dette skrives ut for maksimalt 2 uker, og pasienten gjøres oppmerksom på at vi ikke kontinuerer denne. Vi skriver ikke ut attester fordi vi ikke kjenner pasientene og fordi dette er en oppgave som kan vente til dagen etter. De kan få kopi av journalnotatet.

### **Komparent henvendelser**

Når personen som henvender seg til oss gir opplysninger om en annen person, bør vi betrakte dette som rådgivning. Ikke før journal på personer som ikke er til stede og samtykker.

### **Videre oppfølging**

Pasienter som har vært hos oss bør avsluttes eller henvises videre til lavest effektive behandlingsnivå, for eksempel fastlegen eller etablert behandler.

Pasienter som har vært i kontakt med oss ringer av og til og ber om å få komme i kontakt med den behandleren de har snakket med tidligere. Vi formidler ikke slik kontakt. Noen opplever å bli kontaktet privat av pasienter, og vi råder dem til å henvise pasientene til Psykiatrisk legevakt. Vi bør ikke lage nye timeavtaler med pasienter på Legevakten. Unntak: oppfølging av pasienter i høytider der ingen andre alternativer foreligger.

Vi bør ikke lage avtaler med pasienter som ikke selv har henvendt seg på Legevakten, for eksempel lage en avtale med en pasient man har hatt kontakt med i et annet arbeidsforhold. Henvisning til egen privatpraksis skal ikke forekomme fra Legevakten. Dette er omtalt i etiske retningslinjer for ansatte ved OUS.

Bydelene har bygget opp ulike tjenester til personer med psykiske lidelser som vi bør være bevisst på å bruke. Instanser i bydelen det er aktuelt å henvise til: primærlege, helsesenter, bydelsoverlege, psykiatrisk sykepleier, psykiatritjeneste og hjemmebaserte tjenester. Av henvisningen bør det også komme fram om pasienten selv tar kontakt eller omvendt.

Alle henvisninger skal være vurdert og signert av lege/psykolog. Henvisning til DPS gjøres når pasienten trenger oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Vurder derfor om det er nødvendig.

### **Epikriser**

Vi mottar epikriser fra de fleste innleggelsene vi gjør. De leses av seksjonsoverlegen og det viktigste føres inn i journalen. Det gis tilbakemelding til den enkelte lege/psykolog hvis det er.

### **Diagnostikk**

God diagnostikk er nødvendig for å vurdere hvilke behandlingstiltak som bør iverksettes. Bruk ikke unødvendig mye tid på å diagnostisere eller rediagnostisere komplekse tilstander, avgrens oppdraget til det aktuelle. Ikke gjør second opinion!

Diagnosene personlighetsforstyrrelse, PTSD og schizofreni skal ikke stilles første gang hos oss på bakgrunn av en samtale. Slike diagnoser forutsetter kunnskap om pasientens fungering over tid og kan oppleves krenkende å få. Vi må beherske diagnostikk av depresjon, angsttilstander, psykoser, rusavhengighet og personlighetsforstyrrelser.

# JOURNALFØRING

---

Når man leser våre journaler skal man tenke at “dette var sannelig flott arbeid!”. Vi gjennomfører journalrevisjoner regelmessig og hos alle nyansatte.

I Helsepersonelloven § 40 står det:” Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen”. Se Forskrift om pasientjournal ([www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)). Pasientjournalen er først og fremst et arbeidsdokument for helsepersonell og skal være et kommunikasjonsverktøy mellom behandlere. Det er derfor viktig at man fører journalen slik at andre kan forstå hvilke funn man gjør og hvilken behandling som settes i gang og hvilke tiltak man gir råd om at iverksettes av andre. Pasientjournalen skal gjøre det mulig å kunne avgjøre om pasienten har fått oppfylt sine rettigheter, for eksempel i forbindelse med en klagesak.

Journalen bør være fokusert, dvs. dreie seg om det aktuelle som pasienten søker vår hjelp for, ikke være for omfattende og den skal alltid inneholde en vurdering. Vi anbefaler at man gir hverandre tilbakemelding på journalene som en del av teamarbeidet ved å be en medarbeider lese igjennom og korrigere.

## Journalen bør inneholde følgende kategorier:

### Introduksjon:

En setning om hvorfor pasienten oppsøker oss og hvem de kommer i følge med.

### Bakgrunnsopplysninger:

Hvilke bakgrunnsopplysninger som skal innhentes vurderes i forhold til den aktuelle problemstillingen. Som et minimum bør følgende forhold omtales kort:

- boligsituasjon
- nettverk
- ansvar for barn
- inntektskilde
- tidligere kontakter med det psykiatriske behandlingsapparatet og tidligere selvmordsforsøk
- medisinbruk
- rusbruk
- tidligere selvmordsforsøk

### Aktuelt:

Her skal den umiddelbare foranledningen til henvendelsen komme frem, og utviklingen av plager innenfor den aktuelle tidsperioden. I denne delen er det pasientens fremstilling som skal komme fram.

### Status presens:

Her skal pasientens adferd, følelser og tenkning beskrives slik undersøker kan observere det. Her skal det alltid fremgå at selvmordstanker, selvmordsplaner og psykotiske symptomer er kartlagt.

Under Status presens er det behandlerens fremstilling som skal komme frem. Dette må ikke blandes med ”aktuelt”. Unngå tolkninger.

### Vurdering:

Vurderingen skal bygge på en syntese av bakgrunn og aktuelt med særlig vekt på funn under status og skal utgjøre undersøkerens vurdering av totalbildet. Det bør stilles en tentativ diagnose, beskrive fremtredende personlighetstrekk samt utløsende situasjon. Det skal ikke framkomme nye opplysninger i denne delen av journalen. Vurderingen skal være lett å forstå for en behandler som ikke har sett pasienten.

### Tiltak:

Her skal det beskrives hvilke tiltak som iverksettes og hvilke råd man gir pasienten og annen behandlingsinstans. Avslutt notatet med informasjon om pasienten er fornøyd med konsultasjonen og de tiltak som settes i gang. Pasienten skal spørres om notatet skal sendes fastlege eller DPS, eller om pasienten ønsker kopi.

# DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING

## Vurdering av selvmordsfare

Av psykologspesialist Fredrik A. Walby og psykiater Ewa Ness

Vurdering av selvmordsfare kan være en vanskelig vurdering. Vurderingen baserer seg på kunnskap om statistiske risikofaktorer for selvmord, et personlig klinisk intervju og deretter en skjønnsmessig vurdering. Selvmordsrisiko forstås som en vurdert risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. Vurdering av selvmordsrisiko er således både av en person og en situasjon. Psykiatrisk legevakt har obligatorisk kurs for alle medarbeidere i vurdering av selvmordsrisiko og vi følger de nasjonale retningslinjene utgitt av Helsedirektoratet i 2008.

Alle pasienter skal spørres eksplisitt om tidligere selvmordsforsøk og selvmordstanker.

### Risikofaktorer skal alltid kartlegges og dokumenteres i journalen

- Psykisk lidelse – spesielt depresjon
- Rusproblemer
- Tidligere selvmordsforsøk (antall og alvorlighetsgrad)
- Aktuell hendelse (brudd i relasjon, utskrivelse fra døgnavdeling, tap av selvaktelse)
- Selvmord i familien

### Spesifikke spørsmål som dokumenteres under ”Status”:

- Har pasienten selvmordstanker?
- Er tankene til stede hele tiden/av og til?
- Har pasienten selvmordsplaner og hvor konkrete er disse?
- Ved psykoser: imperative stemmer med suicidal innhold?
- Har pasienten uttalt håpløshet eller dødsønske?
- Har pasienten gjort forberedelser til selvmord?

**Vurdering:** Det skal gjøres en vurdering av selvmordsfaren som omfatter person, situasjon og tidsperiode og som bygger på både historikk, aktuelt og funn under status.

**Tiltak:** Det skal iverksettes tiltak som følger som konsekvens av vurderingen. Svært ofte er det sterk psykisk smerte som driver et menneske til selvmordsatferd. Derfor er demping av psykisk smerte et sentralt tiltak som kan redusere selvmordsrisiko betydelig. Dette gjøres bl.a. ved å:

- Bekrefte pasientens opplevelse av smerte
- Bearbeide de intense følelsene, reaksjonene og skuffelsene
- Bekrefte ikke-suicidale løsninger
- Mobilisere nettverket
- Benytte angstdempende medikamenter eller medikamenter for søvn som ikke er B-preparater
- Behandle grunnlidelsen, som oftest er depresjon. For ustabil personlighetsforstyrrelse, se eget avsnitt.
- Vurdere indikasjon for innleggelse (gjelder særlig alvorlig depresjon og psykoser).

Av retningslinjene ovenfor framgår det at reduksjon i selvmordsfare gjøres dels ved å gjøre noe med situasjonen pasienten befinner seg i, dels ved å gjøre noe med pasienten. Samtalen er vårt viktigste behandlingstiltak!

## Traumatisk påkjenning

Av Psykiater dr.med. Jon G. Reichelt

Mennesker som har opplevd akutt, alvorlig, traumatisk påkjenning (vold, voldtekt, brann, ulykke, selvmord i familien osv.) vil kunne komme til oss. Dette enten fordi de opplever et behov selv, eller fordi familiemedlemmer eller andre tenker at de trenger det. Den akutte reaksjonen kan være enten kraftig eller fraværende - begge deler kan vekke bekymring i omgivelsene. Det er vesentlig for vår håndtering at ”alt” av reaksjoner er å betrakte som normalt. Foruten påkjenningen i seg selv, vil forhold ved vedkommendes personlighet og omgivelser være avgjørende for reaksjonen. Tradisjonelt har reaksjoner ved påkjenninger vært håndtert av SAA – vi vil sannsynligvis bringes inn dersom påkjenning og/ eller reaksjon er dramatisk. Det første møtet med hjelpeapparatet er vesentlig, fordi man her har anledning til å bidra til at naturlige reaksjoner får anledning til å gå over, og ikke utvikle seg til en psykisk lidelse. Det viktigste er å ikke sykliggjøre, men skape en forventning til at dette er en naturlig reaksjon på en påkjenning, som vil gå over!



En mulig fremgangsmåte overfor et menneske rett etter en alvorlig påkjenning kan være: Reetablere en følelse av kontroll, trygghet. Bidra til at ikke verden oppleves å ha blitt et farligere sted. Manglende følelse av kontroll forverrer reaksjonen.

Være lyttende og fange opp de naturlige reaksjoner, understreke og signalisere at dette er normalt og skal gå bra! Frykt for reaksjonen bidrar til å forsterke den. Forsøke å bidra til at den det gjelder tillater seg å føle lettelse – det kan alltid gå verre! Lettelse gjør det lettere å legge påkjenningen bak seg.

Fange opp signaler på skyldfølelse, og forsøke å korrigere dette tidlig! Skyldfølelse gjør det vanskeligere å legge påkjenningen bak seg. Gjøre en vurdering av alvorlighetsgraden av påkjenningen i forhold til individet.

Få informasjon om mulige risikofaktorer for at reaksjonen ikke kommer til å gå over:

- Tidligere psykisk lidelse
- Tidligere manglende mestring av påkjenning
- Manglende sosialt nettverk/ støtte, ensomhet
- Lav sosioøkonomisk status
- Opplevelse av skyld, følelse av å ha sviktet – reelt eller ei
- Andre påkjenninger nært i tid

Dersom konklusjonen etter å ha vurdert dette, er at det er økt risiko for at dette ikke går over av seg selv ved hjelp av individets eget nettverk, bør man sørge for at vedkommende får oppfølging. Et slikt tiltak må balanseres mot fare for sykeliggjøring og for å gjøre tilstanden verre enn den er. En god fastlege bør være i stand til dette.

## **Panikkangst**

Av psykiater dr.med. Jon G. Reichelt

Plutselige, uventete anfall av angst, såkalte panikkanfall vil ramme en ikke ubetydelig andel av befolkningen - kanskje 15-20 % av oss. Dersom disse anfallene kommer gjentatte ganger, og medfører betydelig ubehag og funksjonssvikt kalles det panikkklidelse. Det er vesentlig å forstå at anfallene oppleves som at man er i ferd med å dø, bli gal, eller at det er noe virkelig alvorlig galt – kroppslig. For en gjennomgang av symptomene på angstangst og forventningsangst - se liste bak i boken.

Ofte kommer det første panikkanfallet i en periode der vedkommende er i en stresset livssituasjon, er sliten og anspent/ aktivert.

Panikkanfall er så intenst ubehagelige at de raskt kan medføre bekymring og bekymringsangst for nye anfall, med påfølgende unngåelsesatferd og trygghetssøkende atferd – agorafobi.

Pasienten vil oftest ha oppsøkt legevakt under et anfall, som typisk utvikles i løpet av minutter, og kun meget sjelden varer mer enn 15-20 minutter. Etter en somatisk undersøkelse, gjerne EKG, uten funn, vil ofte pasienten enten få ”noe» å roe seg på”, eller henvises til PL, dersom vedkommende ikke sendes hjem – anfallet er jo over. Det er helt vesentlig å motvirke en oppfatning hos pasienten, forsterket av en utrygghet hos somatikken, av at dette kan være noe farlig, somatisk. Hjertelidelse og plutselig død hos et tidligere friskt, ungt menneske er meget sjelden – panikkanfall relativt hyppig! Dette kan påvirkes i møtet med pasienten.

Klarer man i samtale med pasienten å enes om at dette enten er tilfeldig, og slett ikke uvanlig, eller kanskje at det er nervesystemets måte å si ifra på, signalisere at det er ”for mye”, er mye gjort. Videre at det må være en fordel at dette er ubehagelig, men fullstendig ufarlig – og at man ikke kan dø av det! Til forskjell fra hjertesykdom. Jo mindre redd man blir for nye anfall, jo bedre er det!

Dersom pasienten presenterer en panikkklidelse med eller uten agorafobi, kan og bør dette behandles. Resultatene er meget gode med kognitiv terapi, og de kan ha nytte av antidepressiv medikasjon. Manglende behandling av panikkklidelse kan medføre kronifisering, problemer med rusmidler og medikamenter, samt utvikling av depresjon. Unngå beroligende medikamenter – da de vil være en type trygghetssøkende atferd/ unngåelseatferd – og i tillegg fort medfører tilvenning.

## Ustabil personlighetsforstyrrelse

Av psykologspesialist Eivind Normann-Eide

Mål: vi skal unngå å legge inn denne pasientgruppen til døgntil behandling, fordi pasientene ikke blir bedre av det, og det er krenkende å bli skrevet ut neste dag. Dette har pasientene lang erfaring med.

### Hva gjør vi?

Vi skal så langt det er mulig fastslå en diagnose. En del av pasientene har allerede diagnosen. For de som ikke har det, kan man bruke formuleringen «ustabil personlighetstype» eller «ustabile personlighetstrekk», som man også bør meddele pasienten.

Behandling hos oss: kriseintervensjon med fokus på bekreftelse/validering av følelser og rådgivning inntil den aktuelle krisen går over (DBT teknikker). 30-45 min samtale, deretter eventuelt 30 min pause før ny avsluttende samtale på ca. 10-15 min. Konsultasjoner kan ta lengre tid, og det er godt anvendt tid, og det eneste som virker. Medisiner er ikke vist å ha noen effekt på grunnlidelsen, men vi kan gi noe som virker søvndyssende/beroligende som f.eks. Vallergan eller Truxal hvis det har vært et problem. Overnatting på OBS-posten anbefales ikke pga avhengighetspotensialet.

Pasientene skal ha langvarig psykoterapi – det er det eneste som er vist seg å virke. Avdeling for personlighetspsykiatri ved OUS har utviklet et eget behandlingsprogram på bakgrunn av forskning som vi kan henvise til. Dersom de ikke er i denne typen behandling, skal vi henvise dem til det. I vårt notat som skal gå i kopi til behandler enten ved DPS eller fastlege, bør vi skrive at pasienten bør vurderes for behandling ved Avdeling for personlighetspsykiatri OUS. Vi kan informere pasienten om nettstedet og at de må skrive en egensøknad og at det er en intervjuopprosess som vil ta noen måneder fordi det er viktig å teste ut motivasjonen.

Erfaringsmessig blir ca. 80 % av disse pasientene fornøyde med behandling hos oss.

Ewa Ness og Fredrik Walby har utviklet et eget kurs «Akutt behandling av ustabile» som alle ansatte tilbys og som kjøres årlig for alle leger ved Legevakten.

Les mer:

*Joel Paris: Half in love with death*

*Walby, Ness: Selvskading på legevakt, Tidsskrift norsk legeförening*

## Alkoholavhengighet

Av psykiater Ewa Ness

Vær liberal med å bruke alkometer for å påvise promille. (Se under Vedlegg bakerst for diagnostisk veiledning). Mange av våre pasienter har et rusproblem. Vi må beherske alkoholdiagnostikk for å kunne henvise til virksom behandling ved Rusakuttmottak og A-klinikk for denne pasientgruppen. Bruk gjerne skjema «Drikker du for mye?».

### Alkoholabstinens

Når en alkoholmisbruker avbryter en langvarig drikkeperiode, kommer abstinenssymptomene i løpet av 1-2 dager og når en topp etter 3 dager, hvis han bare har brukt alkohol. Ca. 50 % av alkoholmisbrukerne er blandingsmisbrukere, oftest Benzodiazepiner, og får derfor en forsinket abstinensreaksjon.

#### Abstinenssymptomene er:

- forvirring
- rastløshet, uro, angst, irritabilitet
- hallusinasjoner (primært for syn)
- kaldsvetting
- tremor
- søvnvansker
- økt puls og blodtrykk

Tilstanden er ofte raskt fluktuierende. Typisk for hallusinasjonene er at de kommer når pasientene er alene. Når han blir stimulert i samtale, forsvinner de. Så langt som mulig behandler man abstinens uten medikamenter. Se metodeboken ved Allmennavdelingen.

### **Delirium tremens**

Dette er en forvirringstilstand med desorientering, uro, hallusinasjoner, agitasjon, tachycardi, hypertoni og forhøyet temperatur som skyldes abstinens. Tilstanden har en viss dødelighet.

Den typiske pasienten er en mann mellom 40 og 60 år med en forvirringstilstand, og som ikke greier å gjøre godt rede for seg.

#### **Tegn på forestående kramper:**

- bevissthetsforandring
- plutselig eller uforklarlig uro
- usammenhengende tale
- konsentrasjonsvansker
- automatiske/umotiverte bevegelser

Noen pasienter kan innlegges OBS-posten og noen på Rusakuttmottaket. Hvis pasienten har utviklet manifest delir, er sykehusinnleggelse nødvendig. Behandlingen er medisinsk, henvis pasienten til Allmennhelseavdelingen.

### **Behandling av alkoholavhengighet**

Ved behov for akutt avrusning, ta kontakt med Rusakuttmottaket.

Motiver pasienten til å søke hjelp ved en A-klinikk eller en ruspoliklinikk. Vi henviser skriftlig til begge. Dokumenter i journal hvilke råd du har gitt selv om pasienten velger å ikke følge dem.

### **Annen rusavhengighet**

Klinikk ved ulike typer rus og abstinens: Se ”Metodebok for leger” utgitt av Allmennseksjonen.

### **Intoks**

Ved intoks bør pasienten henvises til Allmennseksjonen, før vi eventuelt konsulteres. Giftinformasjonssentralen eller Felleskatalogens avsnitt om forgiftninger gir nyttig informasjon.

### **Voldsriskovurdering**

Det skal gjøres en voldsriskovurdering der det vurderes som relevant over samme mal som selvmordsriskovurdering. Pasienten skal spørres om aktuelle tanker, planer og ønsker om å skade andre, samt tidligere voldshistorikk. Vurderingen sammenfattes i vurderingskapitlet.

Dersom en pasient har en historikk på vold, eller svarer ja på spørsmålet om aktuelle tanker om å skade andre skal det gjøres en screening med V-risk 10.

Dersom pasienten angir at han har konkrete planer om å skade et spesifikt individ må vi vurdere om politiet skal varsles, om ikke pasienten legges inn.

# KREVENDE KONSULTASJONER

---

## Ruspåvirkede pasienter

Ukomplisert rusmisbruk behandles ved Allmennhelseavdelingen.

### Hva gjør vi?

- Mål promille.
- Rusmiddelanamnese – hva har han tatt og hvor mye og ofte? (bruk ”Driker du for mye” skjema dersom du har tid).
- Spør om tidligere behandlingsforhold – det indikerer omfang av rusproblemer.
- Spør etter motivasjon for avrusning nå.
- Selvmordstanker/planer er vanlig ved rusmisbruk over lengre tid og er ingen kontraindikasjon for innleggelse i rusakuttmottaket, men det må gjøres en selvmordsrisikovurdering.
- Depresjon og angst er vanlige symptomer ved rusmisbruk/avhengighet.

Dersom pasienten er for beruset til å kunne føre en meningsfylt samtale, kan vi be om at vedkommende kan ligge på Allmennhelseavdelingens OBS-rom inntil de er i stand til å føre en samtale. Der kan de ligge i inntil 4 timer. Da kan det hende at selvmordstankene/planene er forsvunnet.

Det kan være lurt å spørre: Har du selvmordstanker når du ikke er beruset? De fleste svarer nei på dette. Deretter spør man: Når var du rusfri sist? Og deretter: Skal vi hjelpe deg med å bli rusfri? Skal vi få deg inn på avrusning nå?

### Tiltak:

Rusakuttmottaket har øyeblikkelig hjelp plikt. Det betyr at de plikter å skaffe plass. De har ikke klare kriterier for inntak, men har sagt at økende rusmisbruk er et kriterium for inntak. Det hender vi tilbyr en plass dagen etter. Skriv ned navnet på den som har lovet plassen, og sørg for at OBS-posten henvender seg til det avtalte tidspunktet, slik at ikke pasienten venter på oss når vi åpner neste dag.

### Vurdering:

Rusmisbruk/avhengighet skal behandles i rushelsetjenesten. Dersom personen ikke vil på avrusning, er det lite vi kan gjøre. Dette kan ikke behandles på tvang under lov om psykisk helsevern. Det krever at det foreligger en alvorlig sinnslidelse pluss tilleggskriterier.

Rusutløst psykose krever at man har brukt rus og deretter har fått en psykotisk tilstand. Det klassiske tilfellet er at man har brukt amfetamin i flere døgn og deretter utvikler en paranoid psykotisk tilstand. Mange forveksler pågående rus/intoks med rusutløst psykose. Les journalen og se om vedkommende har vært i liknende tilstander før. Gjør en god rusanamnese.

Rus/intoksikasjon er ikke i seg selv å betrakte som alvorlig sinnslidelse (se A. Syses bok på vaktrommet). Vi bør unngå å tvangsinnlegge en ruspåvirket pasient med begrunnelsen alvorlig sinnslidelse.

Dersom politiet bringer en ruspåvirket person til oss som ikke har en alvorlig sinnslidelse og ikke vil ha behandling, kan vi ikke gjøre mer, og pasienten overlates politiet. Det er fortsatt slik at ruspåvirkede personer settes i fyllarresten når de har laget bråk i byen. Vi må ikke ta ansvaret for disse personene fordi politiet kommer med dem. Ikke spør politiet om de kan ta vare på vedkommende til dagen etter; det er ikke vårt problem. Vår oppgave er å sjekke ut om vedkommende har en psykisk lidelse som trenger akutt behandling, deretter å evt tilby slik behandling.

Innleggelse av tilsynelatende intoksikert person med forvirring skal vurderes for medisinsk akuttavdeling for å finne årsak til forvirringen, som kan være organisk. Dette samarbeidet går som regel greit ved Legevakten.

Det er en rekke personer som henvender seg til oss med selvmordstanker eller etter selvmordsforsøk nettopp i ruspåvirket tilstand. Motiver alle for avrusning akutt. Henvis dem til Rusakuttmottaket akutt, og videre til A-klinikk eller ruspoliklinikk. Vær restriktiv med medikamenter til ruspåvirkede personer. Dokumenter dine anbefalinger om behandling i journal selv om pasienten velger å ikke følge dem. Motivasjon for rusbehandling tar tid og vi skal gjøre det hver gang pasienten kommer til oss.

## **Kombinasjon rus og vold**

Av og til kommer politiet til oss med personer de er blitt tilkalt til pga husbråk. Det kan vise seg å være langvarig rusmisbruk og en konflikt mellom to personer, oftest et par. Det kan ha kommet til trusler eller vold. Dersom det har vært helsepersonell til stede, kan de ha blitt reddet. Alle ønsker at vi skal legge inn eller tvangsinnlegge vedkommende, og det kan bli en amper stemning dersom vi begynner å stille spørsmål ved denne bestillingen. Dette utfordrer vårt og deres syn på psykisk lidelse kontra ansvarliggjøring i fht å utøve vold/truere andre.

### **Hva gjør vi?**

#### **Diagnostikk:**

- Gjør rusanamnese
- Finn ut hva som utløste det aktuelle
- Spør etter voldshistorikk

#### **Tiltak:**

- Har vedkommende en psykisk lidelse? Hvis det er rusmisbruk/avhengighet, tilby avrusning eller A-klinikk. Ansvarliggjør pasienten.
- Dersom det er alvorlig vold/trusler, skal det håndteres av politiet.
- Hjelp helsepersonellet med deres problem med å håndtere pasienten.

## **Eldre pasient med forvirring**

Det er vanlig at vi får denne pasienttypen i høytidene og i feriene, gjerne ved at en pårørende er utslitt og ikke orker ansvaret mer og ønsker at noen skal ta seg av den eldre akutt. Medisinske avdelinger er ofte overfylte og de vil ofte forsøke å skyve denne pasienttypen over i psykiatrien.

#### **Diagnostikk:**

Forvirring skal undersøkes av Allmennhelseavdelingen for å utelukke somatiske årsaker til forvirringen (infeksjoner, høyt eller lavt blodsukker, hjerneblødning, demensutvikling, polyfarmasi eller overdose)

#### **Differensialdiagnostikk: depresjon**

- Gjøre en god anamnese
- Snakke med pårørende om sykehistorien
- Ringe sykehuset hvis vedkommende har vært innlagt tidligere for å få vite hva de fant diagnostisk
- Ring hjemmetjenesten i bydelen for å få deres vurdering av situasjonen

**Tiltak:** Pasienter med demens skal ikke legges inn i psykiatrisk avdeling, fordi demens er en organisk sykdom som ikke kan behandles på en psykiatrisk avdeling. Pasienter med demens som har atferdsforstyrrelser trenger pleie. Det er kun hvis det er psykiatriske symptomer som er hovedproblemet, som for eksempel paranoide symptomer som kan behandles at innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling kan være indisert.

## **Ungdom på barnevernsinstitusjon med atferdsproblemer**

Dette er svært vanskelige og komplekse saker som ofte dreier seg om behov for atferdsregulering pga voldelig atferd. Unngå tvangsinnleggelse. De har meget sjelden alvorlig sinnslidelse og da er tvangsinnleggelse ulovlig og dessuten stigmatiserende. Selvskading, rusmisbruk og tilfeldig sex er ikke alvorlig sinnslidelse (eksempelene er fra våre egne innleggelsesskriv).

### **Hva gjør vi?**

Dersom institusjonen ringer, krev å få snakke med lederen på skiftet. Spør hva de pleier å gjøre i slike situasjoner. Be dem ringe sjefen sin og drøft situasjonen med sjefen. Dersom det ikke er tilstrekkelig, be dem kontakte barnevernsvakten, før de henvises oss.

#### **Tiltak:**

Akutt psykoterapi og beroligende medikamenter.

Dersom atferden er problemet, må institusjonen vurdere å kontakte politiet. Disse institusjonene er vant med denne problematikken og vi må ikke komme inn og løse denne type situasjoner for dem med en ofte kortvarig og ikke lovhjemlet tvangsinnleggelse på kveldstid. Det er spesielt skjerpene at det er en ung person uten etablert psykiatrisk diagnose som tvangsinnleggelses, fordi mange vil oppleve dette som en stor krenkelse senere i livet.

## **Psykisk utviklingshemming**

Svært mange personer med psykisk utviklingshemming har atferdsvansker og eller psykiatrisk komorbiditet. De er ofte vanskelige å undersøke, med påfølgende vansker for både diagnostikk og valg av tiltak. Svært mange av disse personene er i et langvarig bo- og behandlingsopplegg. Det er en generell erfaring, og lett forståelig ut fra utviklingshemmingen, at de er sårbare for påkjenninger i miljøet rundt seg (endringer i boligen, konflikter med andre i bolig / dagaktiviteter, pårørende mv). Likeledes blir de gjerne verre av raske miljøskifter og har meget sjelden nytte av opphold i vanlige psykiatriske avdelinger. Innleggelse bør derfor unngås så langt det er mulig. Av og til kan man se at det er mer tilfeldige miljøkontakter / ledsagere som har blitt alarmert uten at det egentlig er noen akutt situasjon.

### **Hva gjør vi?**

Dersom institusjonen ringer, krev å få snakke med lederen på skiftet. Spør hva de pleier å gjøre i slike situasjoner. Be dem ringe sjefen sin og drøft situasjonen med sjefen.

### **Diagnostikk:**

- Forsøk å kartlegge aktuelle symptomer og varighet av disse
- Finn ut hva som utløste det aktuelle (konflikter, tap, bolig, aktivitet etc.)
- Hva er allerede forsøkt?

### **Tiltak:**

- Hva kan gjøres for å avdempne den akutte krisen: økt tilsyn/ kontakt, aktivisering, kortvarig beroligende medikasjon?
- Ansvarliggjør det faste apparatet rundt disse personene (fastlege, eventuelle spesialister involvert, men ikke minst miljøterapeuter i boligen).
- Det er viktig å formidle at vedvarende problemutvikling over tid ikke kan løses ved en konsultasjon på legevakt eller ved en innleggelse.
- Grensesetting, ansvarliggjøring og akutt psykoterapi gjennom å berolige pasient og eventuell ledsager samt nøktern informasjon om alternativer hjelper ofte. Så langt det er mulig bør disse brukerne tilbake i sine opplegg med så tydelige og enkle råd om hva som kan hjelpe som mulig.

## **Pasienter med kronisk schizofreni i bemannede boliger eller institusjoner**

Disse pasientene skal ikke legges inn dersom det ikke har skjedd noe helt ekstraordinært. Vi har hatt flere dårlige begrunnede innleggelser i denne gruppen. Pasientene har ingen nytte av et sykehusopphold og blir ofte utskrevet dagen etter. Dersom det er atferdskontroll, må stedet tilkalle ekstra bemanning. De har tilsynsleger som kan justere medisiner. Oftest er grunnen at pasienten selv ønsker innleggelse. DPS bør håndtere dette. Kontakt sykehuset for å be dem lese journal fra kontakten på DPS eller epikrise fra siste døgninnleggelse.

### **Akutt dystoni**

Dette er medikamentelt induserte ekstrapyramidale bivirkninger. Det er særlig nevroleptika (1.generasjon) som kan gi akutt dystoni, men det kan også ses ved antihistaminer og anticholinerge midler.

Virkningen er uavhengig av dose, og kan komme etter en enkelt dose. Det ses ofte hos yngre pasienter.

Klinisk ses muskelkramper i svelg, hals og nakke, torticollis. Pasienten kan skjære grimaser. Det kan forekomme blick-krampe og tics, samt dysarthri og dysfagi. Tilstanden kan være svært ubehagelig for pasienten.

Behandlingen bør foregå på Allmennavdelingen i samarbeid med dem fordi pasienten bør ligge og sykepleier der sette injeksjonene. Akineton®, 5mg gis langsomt intravenøst i løpet av 2 minutter. Dosen gjentas etter en halv time hvis det ikke hadde effekt. Injeksjonen kan også settes intramuskulært men effekten kommer da i løpet av 15-30 minutter.

Forsiktighet ved bruk av Akineton: Det kan utløse urinretensjon, glaukom og hallusinasjoner.

Profylakse mot tilbakefall: Akineton 5mg, 1 tablett ganger 2 i 1-2 dager, samt seponering av utløsende medikament.

# MEDIKAMENTELL BEHANDLING

## Medikamentell behandling

Av psykiater og spesialist i psykofarmakologi Dag K. Solberg

Vi bør starte medikamentell behandling hvis vi vurderer at det er indikasjon for det. Ellers bør vi henvise til fastlege eller DPS.

Medisinskapet skal ikke inneholde B-preparater, og disse skal ikke forskrives fordi det er vanedannende medisiner som pasienten må få av sin faste lege. Erfaring viser at dersom vi skriver ut en sjelden gang genererer det flere pasienthenvendelser, og dessuten gir det grensesettingssituasjoner med fare for utagering.

Mange pasienter som henvender seg har søvnproblemer. Hvis ikke-medikamentelle råd ikke fører fram, kan antihistaminer, nevroleptika eller sedativt virkende antidepressiva tilbys.

Pasienter som trenger medikamenter kan få et lite antall, 1 - 10 tabletter, utlevert i egen medisinkonvolutt, der man angir medikamentets navn, styrke, dosering, dato og legens navn på forsiden av konvolutten.

### Antipsykotika

Pasienter med kroniske lidelser vil ofte oppsøke legevakten pga forverring av symptomer, gjerne i kombinasjon med at de har sluppet opp for / ikke fått fornyet resept på legemidler de allerede bruker. I slike situasjoner er det vanligvis adekvat behandling å gi pasienten med seg legemidler tilsvarende det de vanligvis bruker til de neste 2-4 dagene slik at de kan komme i kontakt med fast behandler for videre oppfølging.

Dersom pasienter med kjent psykoselidelse er plaget med uro, tankekjør, angst og andre mer generelle symptomer kan det være indisert å gi antipsykotika med sederende (bi)virkning som olanzapin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel) eller klorprotiksen (Truxal).

Oppstart av antipsykotika bør gjøres etter nøye utredning og med mulighet for tett oppfølging og skal normalt ikke gjøres på legevakt.

### Antidepressive legemidler

Blant legemidlene som kan være aktuelt å starte opp på Psykiatrisk legevakt er antidepressive legemidler. Antidepressive legemidler er indisert ved depressive lidelser, enkelte angstlidelser og tvangslidelser. Legemidlene er demonstrert å ha god effekt, men terapivikt forekommer relativt hyppig, kun 30-40% tilfredsstillende effekt, 50% noe effekt (gitt tilstrekkelig behandlingstid). Blant årsakene til manglende effekt er: feil dose, feil medikament, dårlig etterlevelse (compliance), for lav eller høy serumkonsentrasjon pga avvikende metabolisme, interaksjoner, ikke tilstrekkelig tid og feil diagnose.

### Før behandling med antidepressiva skal følgende vurderes:

**Vurdering av selvmordsfare:** Det er ikke klart påvist økt selvmordsfare i forbindelse med oppstart av antidepressiva i store internasjonale studier på sammenliknbare populasjoner dersom oppfølging av pasienten etter oppstart av legemiddelbehandling er god. Imidlertid er det viktig å gjøre en godt dokumentert selvmordsrisikovurdering, da depresjon i seg selv er en risiko for selvmord / selvskading.

**Manisk switch:** Dersom tilstanden er en depressiv manifestasjon av en bipolar lidelse, vil det være en viss risiko for omslag til manisk fase av sykdommen etter oppstart med antidepressiva. Det er derfor viktig at man spør pasienten om tidligere maniske eller hypomane episoder. Dersom slike episoder avdekkes vil dette ha betydning for valg av legemiddel / legemidler.

**Informasjon til pasienten om effekt:** Antidepressiva kan ha en sent innsettende effekt. Pasientene bør informeres om dette og at for enkelte pasienter kan det være nødvendig å øke dosen ut over oppstartsdosen for å oppnå ønsket effekt.

**Valg av legemiddel:** Valg av legemiddel vil avhenge av tidligere behandling med antidepressive legemidler, eventuelle legemidler som pasienten allerede bruker, klinisk bilde og pasientens eget ønske. Ved valg av legemiddel skal det tas hensyn til forventet effekt og mulige bivirkninger. SSRI legemidler har både høyere forventet effekt enn placebo og akseptabel tolerabilitet. Efexor (venlafaxin) og Remeron (mirtazapin) har like god forventet effekt, men kommer noe dårligere ut mht bivirkninger. Klinisk bilde / tilleggssymptomer kan for enkelte pasienter være avgjørende for valg av behandling.

#### **Depresjon:**

Pasienter som har hatt god effekt av et annet antidepressivt legemiddel tidligere bør få utskrevet samme legemiddel.

Pasienter som ikke har fått behandling med antidepressive legemidler tidligere: Cipralex 10 mg.

Pasienter som har hatt dårlig effekt eller bivirkninger tidligere bør få utskrevet et annet legemiddel. Dersom dette legemiddelet er Cipralex er alternativene: Zoloft 50 mg, Remeron 30 mg eller Efexor 75 mg.

#### **Depresjon og søvnproblemer:**

Det kan ved depresjon og søvnproblemer være aktuelt å utnytte bivirkningsprofilen til de ulike legemidlene. Det kan være aktuelt å gå bort fra anbefalte førstevalg å starte behandling, som kveldsdose, med: Tolvon 30 mg eller Remeron 30 mg.

#### **Depresjon med angst:**

Angstsymptomer er vanlig ved depresjon. Behandlingen skjer i hovedsak etter vanlige retningslinjer. Pga bivirkningsprofil er ikke Efexor (venlafaxin) et anbefalt legemiddel. Aktuelle legemidler: Cipralex 10 mg, Zoloft 50 mg, Fontex 20 mg og Remeron 30 mg.

#### **Depresjon under pågående behandling:**

Det er begrenset evidens for at doseøkning alene fører til bedret effekt, når dette ikke gjøres i kombinasjon av nøye vurdering av etterlevelse og serumkonsentrasjonsmåling.

Doseøkning på bakgrunn av manglende effekt bør ikke gjøres de første fire ukene av behandlingen. Enkelte pasienter kan ha effekt av legemiddelbytte. Doseendringer eller bytte av legemidler underpågående behandling bør gjøres av fast behandler og ikke på legevakt.



# INNLEGGELSER

## Sykehusinnleggelser

Av psykiater Ole Steen

Psykiatrisk legevakt skal være et "filter" mellom førstelinjen og sykehus. Vi skal unngå unødvendige innleggelser bl.a. ved å gi akutt behandling og å henvise tilbake til behandlingen som er etablert.

### Sjekkliste for innleggelsesvurdering

- Før en innleggelse, gjennomgås denne sjekklisten:
- Har pasienten en psykisk lidelse som forårsaker hans problemer, eller er dette et ordensproblem som politiet bør håndtere eller et sosialt problem med mangel på bolig?
- Er det ikke mulig å behandle pasienten poliklinisk?
- Kan pasienten samarbeide om behandlingen?
- Har frivillig behandling vært forsøkt eller er åpenbart formålsløst?
- Mangler pasienten nettverk eller er disse ikke i stand til å ta ansvar for pasienten?
- Er pasienten til fare for seg selv eller andre?
- Har pasienten et alkoholproblem som burde vært henvist Rusakuttmottaket eller A-klinikk?
- Er dette en somatisk tilstand som for eksempel forvirring som kan skyldes infeksjon eller forgiftning?
- Har pasienten samtykkekompetanse?

På bakgrunn av disse problemstillingene, gjøres en totalvurdering om hvorvidt innleggelse er indisert. En innleggelsesvurdering skal alltid drøftes med en spesialist, og hvis man selv er spesialist, med minst en annen kollega for å øke kvaliteten på vurderingen.

### Psykisk helsevernloven

Det er et helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang. Dette er også et mål for oss, og vi siden 2000 arbeidet med å redusere tvangsinnleggelser, og andelen frivillige innleggelser er nå ca. 50 %.

Ved tvangsinnleggelser må lege foreta en personlig undersøkelse av pasienten og skrive legeopplysninger og legeerklæring. Psykologer kan stå for frivillige innleggelser. Det kan ikke spesialsykepleiere. De må sørge for at lege / psykolog med navn dokumenterer vurderingen i journalen.

Det er lege/psykolog som er ansvarlig for utredning og innleggelse. I hvilken grad spesialsykepleier foretar utredning og utferdigelse av papirer, er opp til den enkelte lege /psykolog å vurdere. I konsultasjoner der spesialsykepleier forstår at det går i retning av innleggelsesvurdering, skal lege/psykolog derfor informeres tidlig i forløpet, slik at lege kan ta stilling til den videre arbeidsdelingen.

Lege/psykolog skal underskrive legeopplysningene alene. Spesialsykepleier skal ikke underskrive innleggelses-papirer for å unngå tvil om at legen har undersøkt pasienten og er ansvarlig for innleggelsen.

Det er i regelen lege/psykolog som skal kontakte akuttpsykiatrisk avdeling for å informere om innleggelse. Det er viktig å presentere seg tydelig med tittel.

### Vilkår for tvunget psykisk helsevern

Tvunget psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelse enten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Behandlingskriteriet bør unngås brukt på legevakt, med mindre det er åpenbart til stede fordi de som kjenner pasienten bør legge inn pasienten. Pasienter med en kjent psykosediagnose som kommer frivillig, og kan samtykke til innleggelse, skal innlegges frivillig. Unntaket er manikere som erfaringsmessig ikke greier samarbeide om behandlingen.

Tvunget psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, det åpenbart formålsløst å forsøke det eller fordi pasienten ikke har samtykkekompetanse. Dokumenter i journalen at du har spurt pasienten om frivillighet, og at pasienten ikke har kunnet svare på dette eller ikke har samtykket i det.

Selv om vilkårene for psykisk helsevern er oppfylt, kan tvunget psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på hvor stor

belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

### **Tvungen undersøkelse**

Hvis pasienten unndrar seg legeundersøkelse, kan kommunelegen vedta tvungen legeundersøkelse, hvis det foreligger grunn til å tro at vilkårene for etablering av tvunget psykisk helsevern er tilstede. Kommunelegens vedtak i saken skal være skriftlig. Kommunelegen kan delegere sin myndighet til å treffe vedtak til kommunalt ansatt lege slik at ved Legevakten er det lege/skiftleder ved Allmennseksjonen som fatter vedtak. Det fins eget skjema for dette.

### **Begjæring om videre undersøkelse (tvungen observasjon)**

Dersom legen etter personlig undersøkelse er i tvil om vilkårene for tvunget psykisk helsevern er til stede og anser videre undersøkelse som nødvendig, kan pasienten legges inn til tvungen observasjon i inntil 10 dager. Endringen i loven fra 2007 krever at det skal være overveiende sannsynlig at pasienten har en alvorlig sinnslidelse for å kunne bruke tvungen observasjon. Her er loven skjærpet slik at det skal være mer enn 50 % sannsynlig at pasienten har en alvorlig sinnslidelse for å kunne bruke denne paragrafen. Vi bør derfor bruke tvungen observasjon sjelden. Leger skal ikke tvangsinnlegge på den avdelingen der de jobber, fordi loven krever at pasienten skal undersøkes av to uavhengige leger.

### **Øyeblikkelig hjelp-plikten**

Denne er hjemlet i Spesialisthelsetjenestelovens § 3.1, Helsepersonelloven § 7 og Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevern, som pålegger sykehuset å yte øyeblikkelig hjelp. Det betyr at sykehusene er pliktige til å motta pasienten til undersøkelse og eventuelt derpå følgende innleggelse. Sykehuset kan avvise innleggelse etter at de selv har undersøkt pasienten.

### **Forskrifter for øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevern**

*§ 2: Pasient som henvises til innleggelse i sykehus, skal uoppholdelig mottas for nærmere undersøkelse dersom henvisende instans oppfatter tilstanden som livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten pga. sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre.*

### **Tilstander som utløser plikten til å yte ØHJ, omfatter i hovedsak:**

- Psykotiske tilstander preget av svær uro, eller vold som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse.
- Psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre.
- Delirøse tilstander hvor avrusning ikke er en hovedsak.
- Psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

Finner overlegen eller den lege han har delegert myndighet til, at pasienten ikke er i en tilstand som krever øyeblikkelig hjelp, vurderes tilfellet på linje med andre søknader om behandling.

### **Praktisk framgangsmåte ved innleggelser**

Når du har undersøkt pasienten skal du drøfte saken med en spesialist. Når du har besluttet å legge inn, kontakter du vakthavende lege ved den akuttavdelingen pasienten sokner til for å melde innleggelsen. Vi har ikke konfereringsplikt, dvs det er av høflighet vi ringer og informerer om pasienten, det er ikke et hjemlet krav. Det er pasientens faktiske bosted som er avgjørende for sektortilhørighet og der er viktig å sjekke dette konkret, ikke bare bruke opplysninger fra datasystemet. For pasienter uten egen bolig er det egne regler i «Veiviseren», bruk disse hvis du er usikker, eller hvis sykehuset har en annen oppfatning. Institusjonsopphold regnes ikke som fast bolig. Akuttavdelingens plass situasjon er ikke ditt problem, og du bør unngå å gå inn i diskusjoner om dette. De er pålagt øyeblikkelig hjelp -plikt, og kan ikke kreve tvang ved innleggelser. Dersom innleggende lege stiller spørsmål, svarer man høflig og etter beste evne på disse. Man bør være lydhør overfor sykehuset dersom de kjenner pasienten godt og har synspunkter på innleggelse og bruk av tvang. Dersom dette trekker ut i tid, kan man tillate seg å si at man dessverre må avslutte fordi andre oppgaver venter og at alt står i innleggelsesskrivet. Alle tilfeller av konflikt meldes seksjonsoverlegen.

Skriv innleggelsespapirer der du redegjør for tentativ diagnose, innleggelsesparagraf, pasientens bakgrunn, tidligere sykehistorie, aktuelt, status presens og gi en vurdering. Dette bør normalt ikke være mer enn en side.

# SAMARBEIDSPARTNERE

---

## Legevaktens tjenestetilbud

Legevakten er åpen for alle Oslos innbyggere og tilreisende. Den består av en Skadelegevakt som er en del av ortopedisk klinikk ved OUS og en Allmennlegevakt som er organisert under Helseetaten i Oslo Kommune. Legevakten mottar henvendelser om og gir eller formidler øyeblikkelig hjelp for alle medisinske og/ eller sosiale akutte tilstander når den øvrige helse- og sosialtjeneste ikke er tilgjengelig eller tilstrekkelig. Allmennlegevaktens leger vurderer akutte psykiatriske problemstillinger på natten og på dagtid når dette ikke lar seg gjøre på DPS, og betjener også observasjonsposten, legevaktsentralen og mottaket av pasienter for seksuelle overgrep på kveldstid på hverdager. Det er fast ansatte helgeleger på overgrepsmottaket.

## Legevaktsentralen

Legevaktsentralen 116 117 er en døgnåpen telefontjeneste på nivået under 113 som AMK styrer. Legevaktsentralen koordinerer sykebesøksordningen i Oslo. Ved publikums- hen- vendelser kan legevaktsentralen videreformidle til aktuell enhet på Legevakten.

## Sykebesøk

Vi kan kontakte legevaktsentralen for å sende en lege hjem til pasienten, og be om at legen kontakter oss for vurdering under sykebesøket. Hvis du mener sykebesøk skal rekvireres, bør du kontakte skiftlederlege før du kontakter legevaktsentralen, og dokumentere i journal at du gjør det. Oftest vil vi oppfordre pasienten selv eller pårørende om at de kan ta kontakt med legevaktsentralen. Da er det ikke vi som rekvirerer sykebesøk.

## Observasjonsposten

Posten har 18 senger. Posten utfører tidsbegrenset observasjon i inntil 24 timer og/eller behandling for å avklare tilstand/diagnose slik at videre forløp for pasienten kan iverksettes. Dette kan være akutte krisereaksjoner eller pasienter som skal følges opp av bydelen eller DPS neste dag. Vi bruker i praksis OBS-posten lite.

### Ekklusjonskriterier for bruk av OBS-posten:

- Behov for mer enn 24 timers opphold
- Suicidalrisiko
- Stor uro som gjør at pasienten ikke kan samarbeide
- Pasienter som trenger tvunget psykisk helsevern
- Pasienter som kan utvikle avhengighet til OBS-posten

På dagtid er posten bemannet med faste tilstedeværende leger. På kveld og natt er det en bestemt lege på Allmennseksjonen som har ansvaret for posten.

### Før innleggelse på OBS-posten:

- Indikasjon for innleggelse på OBS-posten skal vurderes av lege eller psykolog. Avklar med skiftleder lege før innleggelse.
- OBS-post skjema fylles ut av innleggende lege/psykolog hos oss.
- Den som legger inn skal også informere den legen som har ansvaret på OBS-posten muntlig.
- I journalnotatet skal det komme klart fram hvordan personalet på posten skal forholde seg til pasienten, og hvilken oppfølging pasienten skal ha neste dag.
- Det bør som hovedregel ikke forordnes B-preparater til pasienter på OBS-posten, med unntak av noen medikamenter for søvn, smerte eller uro som OBS-posten har godkjent.

## Sosialt ambulant akutteam (SAA)

- Sosial og ambulant akutttjeneste er en døgnåpen stasjonær og ambulant tjeneste som tilbyr akutt hjelp til personer i krise og deres pårørende.
- De arbeider med livskriser, helseproblemer, psykisk helse og selvmordsfare, rus og sosialtjeneste. De bistår også nødetater ved brann, ulykker og hendelser.
- Tjenesten er tverrfaglig bemannet med sosionomer og sykepleiere med videreutdanning og spesialkompetanse i de aktuelle fagområder.
- Tilbudet er døgnåpent og gratis.

**Tjenesten består av:****Akutt sosialtjeneste**

Vi er en del av Oslo kommunes sosialtjeneste. Vi behandler søknader om akutt sosialhjelp når NAV-kontor i bydel er stengt.

**Psykisk helse**

Vi kan være en samtalepartner i situasjoner der man strever og har behov for hjelp. Vi kan hjelpe med å kontakte hjelpeinstans i bydel eller spesialisthelsetjeneste. Vi kan bistå Psykiatrisk Legevakt ved innleggelser.

**Rus**

SAA møter rusklinter og pårørende i ulike akutte krisesituasjoner. Vi samtaler med disse på Legevakten, i hjemmet og i telefonsamtaler.

Krisesituasjonene er ulike: Tap av nærmeste, forkommenhet og tap av livskvalitet av ulike slag relatert til rusavhengighet, akutte forgiftninger, behov for avrusning, behov for informasjon om rusbehandling og hvordan man søker behandling. Ved behov henviser SAA rusavhengige til akutt avgiftning ved RAM på psykososialt grunnlag.

SAA har utarbeidet et spesielt oppfølgingstilbud til barn og unge under 24 år som kommer til legevakten med en rusrelatert henvendelse. SAA gir informasjon, rådgivning og henvisning til spesialisthelsetjeneste eller lokalt hjelpetilbud. Ungdom og foresatte blir innkalt til familiesamtale dersom den unge er under 18 år.

**Akutt hjemmesykepleie**

Vi kan reise på hjemmebesøk og vurdere funksjonsnivå og kartlegge behov, iverksette akutte tiltak og/eller bistå med kontakt med hjemmetjenesten.

**Psykososialt kriseteam**

Vi ivaretar enkeltpersoner og grupper ved alvorlige ulykker, brå død, selvmord, drap, kriser og katastrofer. Vi gir akutt hjelp og sørger for videre oppfølging over tid.

**Overgrepsmottaket**

Vi er en del av Overgrepsmottaket og tilbyr ivaretagelse og akutt rådgivning, samt oppfølgende psykososial rådgivning. Ved behov henvises det til spesialisthelsetjeneste. Eget rådgivningstilbud til pårørende.

**Vold i nære relasjoner**

Tilbud om kriserådgivning akutt og oppfølgende psykososial rådgivningssamtale. Henvisning til krisesenter, lokal hjelpeinstans m.v.

**Vern for eldre**

Vi tilbyr hjelp til å forebygge vold mot eldre ved klientoppfølging, kompetanseoverføring og informasjon. Ansvar for Vern for Eldre Nasjonal kontakttelefon, ved råd, støtte og veiledning, samt henvisning til lokalt hjelpeapparat. Se egen nettside [www.vernforeldre.no](http://www.vernforeldre.no)

**Veterantelefonen**

Krise- og rådgivningstelefon for forsvarsveteraner og personell fra humanitære og sivile organisasjoner som har deltatt i internasjonale oppdrag og bosatt i Oslo. Se egen nettside

For ytterligere informasjon og informasjonsbrosjyrer se egen nettside.

## **Rusakuttmottaket (RAM)**

De er en del av Senter for rus og avhengighet ved OUS, og ligger på Aker-området. De har øyeblikkelig- hjelp- plikt som ellers i spesialisthelsetjenesten.

### **Målgruppe:**

- Stor grad av dagberuselse
- Betydelig abstinensplager
- Lengre tids nedslitthet
- Stor grad av forkommenhet
- Sykdom/skade i kombinasjon med ovennevnte punkter

RAM skal også kunne ta pasienter med selvmordsfare og/eller psykosesyntomer under pågående rus, men ved stort behov for atferdskontroll kommer de oftest til kort.

### **Politiet**

Politiets befating med Psykiatrisk legevakt baserer seg på politiloven, psykiske helsevernloven og rundskriv 15/2006 fra Sosial- og helsedirektoratet. I følge politiloven § 2 plikter politiet på anmodning å yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres yrkesutøvelse.

### **Vi kommer i kontakt med politiet på ulike områder:**

- Politiet avgjør om det er forsvarlig å fjerne håndjern, og eventuelt la oss snakke alene med den framstilte. Det er som regel nødvendig at politiet blir på stedet til vi har avklart situasjonen, eventuelt følger til sykehus ved innleggelse dersom vi vurderer det som nødvendig.
- Vi bør sørge for at konsultasjonen og vurdering gjennomføres uten forsinkelse. Vi har 15 minutters ventetid som servicegaranti.

### **Fengselet og arresten**

Oslo fengsel har en fengselspsykiatrisk poliklinikk med vanlig åpningstid. Den er bemannet med lege og psykolog og er en del av Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet.

I tillegg er det en allmennhelsetjeneste i Oslo fengsel som er åpent til kl. 22 hver kveld. Skulle det komme en pasient fra Oslo fengsel, bør det medfølge helseopplysninger fra fengselet. Gjør det ikke det, skal vi ringe dit og få nødvendige opplysninger fra dem. Arresten kan bruke fengselspsykiatrisk poliklinikk i deres åpningstid. Utover denne tiden kan det hende vi får henvendelser.

# RELEVANTE HELSELOVER

---

## Helsepersonelloven

### Krav til helsepersonells yrkesutøvelse:

#### § 4 Forsvarlighet:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonellet skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Sykepleiere må dokumentere hvilken spesialist - lege eller psykolog - de har drøftet diagnosen og behandlingen med. Alle konsultasjoner skal godkjennes av spesialist. Med drøfting menes alt fra enkelt informasjon til grundig drøfting – det er opp til legen/psykologen hvor grundig saken skal belyses. Godkjenning innebærer at journalen leses. Det skal stå ”Denne journalen er godkjent av spesialist - lege eller psykolog X.”

Det er lege som forordner medisiner. Sykepleier og psykolog må dokumentere i teksten hvilken lege som har forordnet medisiner, for eksempel: ”Det er forordnet Truxal 15mg x 3 av dr. NN”.

Henvvisning til primærlege og andre behandlingsinstanser skal vurderes og underskrives av lege eller psykolog, men det er ikke nødvendig at legen/psykologen har en personlig samtale med pasienten.

Loven legger opp til at det er gjennom stillingsinstrukser at arbeidsgiver skal regulere profesjonsutøvelsen. Vi har ikke egne stillingsinstrukser men denne Håndboken synliggjør arbeidsoppgavene til de tre profesjonene.

## Pasientrettighetsloven

Pasienten har rett til å velge det DPS de vil behandles ved. De har ikke rett til å velge behandlingsnivå eller behandlingssted dersom det er ØHJ.

Dersom pasienten ønsker å velge et annet DPS en det han sokner til, bør vi stile henvisningen dit.

Pasienten har nå en omfattende rett til informasjon og medvirkning, i tillegg til journalinnsyn. Etter en konsultasjon bør pasienten få kopi av journalen. Slik økes kontinuiteten mellom oss og oppfølgende instanser. Spør alltid pasienten om godkjenning til å sende journalen til fastlege, DPS eller andre. Dette er sensitive opplysninger som aldri skal sendes automatisk noe sted.

Ved spørsmål om innsyn, bør en lege eller psykolog kunne vurdere og ta stilling til om pasienten skal få innsyn, og gi pasienten kopi av journal der og da. Dersom man er i tvil om pasienten bør få innsyn eller kopi, henvises saken til seksjonsoverlegen. Ikke henvis rutinemessig til seksjonsoverlegen eller be pasienten om at det må sendes skriftlig forespørsel! Det er ikke lovens intensjon. Den som har rett til å skrive journal, har rett til å gi innsyn. Møter pasienten opp selv, be om legitimasjon, og dokumenter at pasienten har vist ID og fått kopi.

## Opplysningsplikt

- Til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade (§ 32).
- Barnevernssaker (§ 33).
- Når foreldre med omsorg for barn kommer til oss i krise, plikter vi å vurdere om det skal sendes bekymringsmelding til barnevernet. Når det avdekkes alvorlig omsorgssvikt, har vi meldeplikt. Dersom man blir kjent med forhold som ikke er meget alvorlige, men som man vurderer er av en slik art at hjelpetiltak etter barnevernloven kan være aktuelt, må kontakt med barnevernet skje i samråd med barn eller foresatte. Hvis pasienter som blir innlagt, har barn med seg til Legevakten og det ikke finnes pårørende til å ta seg av barnet, drøftes saken med Sosial vaktjeneste før eventuelt barnevernsvakten koples inn.
- Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Dette gjelder for eksempel når vi får informasjon om at en person truer med å bruke våpen.

### **Klagesaksbehandling**

Alle medarbeidere kan oppleve å bli klaget på, og dette står ikke nødvendigvis i samsvar med faglig dyktighet eller kvaliteten på det arbeidet man har gjort. Alle som blir involvert i en klagesak, vil bli kontaktet av seksjonsleder før de får den skriftlige klagen tilsendt. Vi tror vi kan lære av å arbeide grundig med de klagen vi får, derfor publiseres alle klager anonymt i Nyhetsbrevet når de er ferdigbehandlet.

### **Skade, avvik, uhell**

Det er sjelden det forekommer skade på pasient eller uhell av betydning hos oss. Dersom det forekommer, skal det meldes til seksjonsoverlegen, som melder det i avvikssystemet. Vi har meldeplikt på alvorlige skader og dødsfall til Statens helsetilsyn. Hos oss vil det oftest gjelde selvmordsforsøk og selvmord.

# PERSONALET

---

## Kompetansekrav

Leger og psykologer som ikke er spesialister bør ha minst ett år på akuttavdeling og ett år ved poliklinikk. De forplikter seg til å oppnå spesialistgodkjenning innen seks måneder etter at tjenesten er fullført. Det tas ikke inn spesialsykepleiere lengre.

Ved rekruttering vurderes personlig egnethet og det innhentes minst to referanser. Vi legger vekt på evnen til å arbeide selvstendig, evne til å arbeide under press, evnen til å samarbeide, ta ansvar, løse problemer, evne til å ta tilbakemeldinger og ikke komme for sent. Referanser fra akuttavdelingen eller tilsvarende, må være godt over snittet.

Alle som engasjeres gjennomfører først 3 prøvevakter med evaluering før man tilbys en arbeidsavtale for ett år av gangen.

## Ansvarsfordelingen mellom lege og sykepleier

Bemanningen består av psykiater, lege under spesialistutdanning, psykolog, psykologspesialist og spesialsykepleier. Disse danner et team på vakt.

Psykiater eller psykolog med mest erfaring er leder av teamet. Teamleder har ansvar for å fordele arbeidsoppgavene, ut fra sitt kjennskap til den enkeltes kvalifikasjoner og kompetanse.

Vi legger opp til at alle skal drøfte sine konsultasjoner med hverandre. Det bidrar til økt læring og kvalitetssikring. Spesialsykepleier må drøfte diagnose og behandling med lege eller psykolog og dokumentere dette i journalen, fordi lege og psykolog ifølge spesialisthelsetjenesteloven er ansvarlig for diagnostikk og behandling. Spesialist må være tilgjengelig for konferering til enhver tid.

Lege eller psykolog skal personlig undersøke pasienten ved

- innleggelsesvurderinger
- dersom spesialsykepleier vurderer selvmordsfare
- vurdering av uklare diagnostiske tilstander (somatisk differensialdiagnostikk må gjøres av lege)
- farlighetsvurderinger

Innleggelsesvurdering og innleggelsespapirer må gjøres av lege eller psykolog etter personlig undersøkelse. Sykepleier skal ikke underskrive innleggelsespapirer for å unngå tvil om at legen eller psykologen har undersøkt pasienten personlig og er ansvarlig for innleggelsen.

Det er lege eller psykolog som skal kontakte akuttpsykiatrisk avdeling for å informere om innleggelse. Det er viktig å presentere seg med tittel. Dersom spesialsykepleier skriver henvisning til annen behandlingsinstans, for eksempel poliklinikk, skal lege eller psykolog gjøre en vurdering av indikasjon for henvisningen og underskrive den. Ved innleggelse på OBS-posten skal lege eller psykolog fylle ut OBS-post skjema og lege eventuelt forordne medisiner på skjema.

Loven legger opp til at det er gjennom stillingsinstrukser at arbeidsgiver skal regulere profesjonsutøvelsen. Vi har utarbeidet stillingsinstrukser for leger, spesialsykepleiere og psykolog.

## Spesialsykepleier på vakt uten lege eller psykolog

Dette er et unntak. Lege på Allmennhelseavdelingen er ansvarlig for den faglige virksomheten. Pasientene føres opp på vår liste. Oppgavene er som ellers å gjennomføre konsultasjoner og dokumentere disse. Sykepleier drøfter pasienten med lege på Allmenn og dokumenterer legenes navn i journalen.

## Bakvakt

Når det ikke er spesialist på vakt, er seksjonsoverlegen bakvakt og skal kontaktes for drøfting av alle konsultasjoner.

## Undervisning og hospitering

Psykiatrisk legevakt er et godt egnet praksissted for leger, medisinstudenter, psykologer og hospitanter fra andre seksjoner på Legevakten.



Vi er offisielt undervisningssted for medisinerstudenter. Studentene kontakter selv vår sekretær, og avtaler når de vil komme. Det er bare plass til en student per vakt.

De som arbeider ved Psykiatrisk legevakt har anledning til å ta med studenter de har i veiledning fra hovedjobben etter avtale med sekretæren, men ikke fra grunnutdanningene.

Alle som hospiterer skal på forhånd ha fått tilsendt studentutgaven av «Håndboken» elektronisk av sekretæren. Evalueringsskjema fins i hyllen på vaktrommet og alle skal fylle ut dette som legges i fagrådshyllen.

### **Nye medarbeidere**

Alle nye medarbeidere tilbys tre prøvevakter med opplæring sammen med en erfaren medarbeider før de blir evaluert og eventuelt tilbudt et engasjement.

### **Evaluering**

Alle nye medarbeidere blir evaluert av seksjonsledelsen etter tre prøvevakter før de tilbys engasjement. Vi innhenter informasjon fra de som har arbeidet sammen med vedkommende på prøvevaktene.

### **Vi vurderer følgende:**

- Evne til å ta ansvar og løse problemer
- Evne til samarbeid
- Evne til å arbeide under stress
- Gjennomsnittlig konsultasjonslengde
- Journalkvalitet
- Evne til å ta tilbakemeldinger
- Evnen til å møte presis på vakt

### **Talentutviklingsprogrammet**

Inspirert av en artikkel i Harvard Business review (1) innførte Psykiatrisk legevakt et talentutviklingsprogram i 2010. Hensikten med programmet er å gjøre nye medarbeidere så gode som mulig ved hjelp av en strukturert opplæring med dyktige instruktører etter modell av tilsvarende programmer for næringslivet, såkalte traineeprogrammer. Hver kandidat får tildelt to instruktører så de skulle få se to ulike personlige stiler. De går 4 vakter med hver, totalt 8 veiledede vakter. Målet er at de skal se en konsultasjon per vakt med instruktøren og at instruktøren skal se 2-3 konsultasjoner kandidaten har. Kandidaten får tilbakemelding for hver konsultasjon om hva som var bra og hva det skal jobbes med videre. Instruktøren skal også evaluere alle journaler kandidaten skriver.

Ved endt program gjennomføres en evaluering med de to instruktørene, ledet av seksjonsleder. I evalueringen inngår å skåre kandidaten etter en skala som er inndelt på følgende måte:

- Under forventning 1-2
- Forventet 3-4
- Over forventning 5-6

Det blir laget en skriftlig oppsummering.

### **Referanser.**

*“How to keep your top talent?”, Harvard Business Review, May 2010*

*Boken Veiledningspedagogikk, av Lycke, Handal, Lauvås, Ad Notam Gyldendal 1998*

## **Oppfølging etter selvmord**

Dersom en pasient tar livet av seg eller foretar et alvorlig selvmordsforsøk, er dette en krise, ikke bare for pårørende, men også for den eller de behandlere som har vært involvert.

Lederen vil kontakte seksjonsledelsen, som vil kontakte den eller de behandlere som har vært i kontakt med den suiciderte til en samtale. Denne samtalen bør skje så raskt som mulig og samtidig innebære planlegging av videre tiltak. Ansatte som får vite at pasienter som har vært i kontakt med oss har begått selvmord, skal varsle seksjonsledelsen.

Ved selvmord og selvmordsforsøk vil det av og til rettes kritikk mot behandlere som har vært involvert, fra pårørende eller offentlig helsemyndighet. Det er viktig med så vel faglig som emosjonell bearbeidelse av dette. Det er ledelsens ansvar å følge opp de berørte. Alle medarbeidere skal føle seg godt ivaretatt.

## **Sikkerhet for personalet**

Alle som arbeider ved legevakten, skal ha opplæring i beskyttelsesteknikker. Dette kartlegges årlig av ledelsen. Kurs tilbys fra Legevakten dersom man ikke har dette i hovedjobben.

Føler man seg truet, skal man tilkalle andre på et tidlig tidspunkt. Ofte vil vissheten om at det er flere tilstede virke beroligende på pasienten. I samtale med den urolige pasienten er det viktig å opprettholde den undersøkende og spørrende formen hvor man forsøker å finne frem til hvorledes man kan være til nytte. Det er anbefalt å opprettholde øyekontakten og å holde samtalen i gang.

Som oftest er en truende pasient selv redd, og en neddempet tone er viktig. Det er viktig at den enkelte ansatte gjør seg kjent med sine reaksjoner i forhold til trusler, og temaet bør drøftes ansatte i mellom, slik at man får erfaring.

Generelt kan man si at pasienter først er farlige dersom de blir eller føler seg alvorlig krenket samtidig som de har en lidelse som svekker impuls kontrollen. Noen pasienter kan bruke vold og trusler for å oppnå noe, som innleggelse eller resept på B-preparater. Hos disse pasientene er ofte atferden et uttrykk for mellommenneskelig tvingning, snarere enn krenkelse slik som nevnt over.

Det er installert overfallsalarm ved Legevakten. Systemet består av en fastmontert sensor ulike steder i bygningen, samt en personbåret sender som utløser alarmen når man trykker på den. Vekterne har også TV-monitorer og følger med på gangen utenfor våre lokaler.

Det er viktig at det ikke er mer enn ett lag tøy mellom senderen og sensoren som er montert i rommet, ellers kan den svikte. Alarmer fins på Allmenn.

Vekterne har oversikt over hvor alarmen utløses, og kommer straks til stedet. Alarmen er lydløs. Alarmen skal brukes forebyggende, dvs. i situasjoner der de ansatte føler seg truet og før en situasjon utvikler seg. Når du skal ha en konsultasjon med en pasient du ikke føler deg trygg på, sørg for å være to personer og spør gjerne vekterne om de vil bistå. Ha åpen dør. Gå ut av rommet hvis du føler deg truet, og si: "Et øyeblikk..." til pasienten.

Når du hører høye stemmer fra et annet rom, gå dit og spør om noen trenger hjelp. Vi har et meget godt forhold til vekterne. Gå innom og hils på dem før du går på vakt, så vet vi hvem vi skal forholde oss til i en akutsituasjon.

## **Etter vold og utagering**

Alarm utløses slik at vekterne varsles og hjelp kommer til. Pasienten bør skjermes/isoleres. Hvis noen har kommet til skade, tar man hånd om vedkommende.

Den rammede har behov for å uttrykke sine øyeblikkelige reaksjoner til et menneske som er i stand til å ta imot. I den akutte situasjonen er ubegrenset akseptering av følelser viktig, samt fysisk trygghet. Ofte føler den rammede seg mislykket. En skal formidle at episoden ikke var den rammedes skyld og at det er riktig å reagere som vedkommende gjør.

Etter akuttbehandling skal det vurderes om den rammede trenger videre intervensjon i dette stadium. Hvis ikke, skal den skadede følges hjem. Hvis vedkommende bor alene, skal det vurderes om noen bør kontaktes for å være der om natten.

Den rammede skal tilbys konsultasjon til vurdering så raskt det lar seg ordne. Dette arrangeres av seksjonsledelsen. Videre oppfølging vurderes.

Det skal føres trussel - og skadeprotokoll slik det er bestemt i arbeidsmiljøloven. Vi har utarbeidet egne "skade- og trusselskjemaer" som ligger i vaktbasen. Disse fylles ut ved alle skader på personale, trusler om vold og situasjoner der alarm blir utløst. Skjema sendes til seksjonsledelsen, som vil behandle saken i avvikssystemet og gi tilbakemelding til den skadede. Måten vi blir tatt vare på som behandler kan være det som gjør sterkeste inntrykk i ettertid. Det er svært viktig at man blir støttet i en situasjon der man blir utsatt for trusler eller vold, og at vi støtter andre som opplever dette. Trusler om vold skal vurderes politianmeldt.

### **Hærverk**

Hvis en pasient skader eller ødelegger noe bør du ta kontakt med vokterne. De vil fylle ut skademelding, og tar stilling til eventuell polit

# **VEDLEGG:**

## SJEKKLISTE FOR DIAGNOSTIKK VED ALKOHOLAVHENGIGHET

Diagnosen skal stilles hvis tre eller flere av følgende kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året;

- Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen (lenge siden edru dag)
- Problemer med å kontrollere substansinntaket, mht innledning, avslutning og mengde ("kontrollsvikt", "tenning")
- Fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken er opphørt eller redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer.
- Toleranseutvikling, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga (drikker over 10 enheter på en typisk drikkedag).
- Økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser som følge av bruken av ett eller flere psykoaktive stoffer. Mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffet eller komme seg etter bruken (faller ut av jobb, sosiale relasjoner).
- Substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser.

Pasienter som virker beruset, skal spørres om sitt alkoholforbruk og det skal dersom det er mulig foretas alkometermåling.

### **Avdekkende spørsmål:**

- Er det lenge siden du hadde en edru dag? Hvor lenge?
- Hvor mange enheter drikker du på en typisk drikkedag? (En enhet er en 0,33l vanlig øl, ett glass rødvin, en "vanlig" drink) Ved problemfylt bruk er det ofte over 10.
- Har du noen gang opplevd at du hadde bestemt deg for å drikke et par glass vin/øl men endte opp med å drikke mer enn ti?
- Bekymrer du deg for drikkingen din? Er det noen andre som bekymrer seg?
- Har du vært i behandling for dette før?

Pasienter med alkoholproblemer skal primært henvises avrusningen og A-klinikk. Det skal dokumenteres i journalen at vi anbefaler det selv om pasienten ikke ønsker slik behandling. Kopi av journalen tilbys pasienten og sendes fastlegen dersom pasienten ønsker det.

## SJEKKLISTE VED ANGST-DIAGNOSTIKK

Angst kan være uttrykk for en angstlidelse, eller være et symptom på annen psykisk lidelse som depresjon eller schizofreni. Angst kan være "psykotisk begrunnet", noe som kan medføre fare, og den kan også være forårsaket av rus/ abstinens. Primære angstlidelser er viktige å diagnostisere da selve diagnosen kan virke "oppklarende", og det er viktig å hindre "angst for angsten"/ "somatisering" og bruk av B-preparater.

To hovedgrupper av symptomer;

### **Angstanfall/ "Plutselig angst";**

- Kvelningsfornemmelse
- Trykk/ smerte i brystet
- Kvalme/ urolig mage
- Svimmelhet
- Uvirkelighetsfølelse
- Frykt for å miste kontrollen/ bli gal
- Dødsangst
- Varme eller kuldefølelse
- Parestesier – prikking/ nummenhet"

### **"Forventningsangst";**

- Muskelspenning/ -smerte
- Rastløshet, vansker med å slappe av
- Følelse av anspenhet/ indre uro
- Svelgevansker
- Skvettenhet
- Konsentrasjonsvansker
- Irritabilitet / "kort lunte"
- Søvnvansker – vansker med å falle i søvn, sover dårlig / urolig

### **F 41.0 Panikklidelse;**

Gjentatte plutselige/ uventete angstanfall, som ikke er begrenset av spesielle situasjoner eller omstendigheter.

Minst 4 av symptomene på angstanfall utvikler seg i løpet av 10 minutter, intenst plagsomt og skremmende.

Pasienten er ofte overbevist om at det er noe kroppslig, alvorlig galt.

Følges av vedvarende bekymring for nye anfall.

Et enkeltstående angstanfall kvalifiserer ikke for diagnosen, men kan medføre agorafobi.

### **F 40.01 Agorafobi med panikklidelse;**

En angst for, og unngåelse av situasjoner der man er redd for å få angstanfall/ ikke kan "få hjelp/ komme seg unna".

Symptomer på "forventningsangst".

Uten pågående panikklidelse: F 40.0

### **F. 41.1 Generalisert angstlidelse/ GAD;**

Vedvarende, urealistisk, vanskelig kontrollerbar og plagsom bekymring, ikke begrenset til spesielle situasjoner.

Minst 4 av symptomene på "forventningsangst" tilstede.

## SJEKKLISTE VED DEPRESJONSDIAGNOSTIKK

Depresjon er hyppig årsak til henvendelse. Både som primær diagnose, og som sekundær diagnose/henvisningsårsak, med andre primære plager. Depresjon kan både ha et klart "reaktivt preg", eller være mer "endogen", den deskriptive diagnostikk er likevel den samme.

Depresjon er viktig å diagnostisere, all den tid den er hyppig årsak til selvmordsfare, og ofte kan behandles.

### **Depressive "kjernesymptomer";**

- Nedstemthet (MADRS spm 2)
- Svekkete følelser, redusert interesse (MADRS spm 8)
- Redusert energi eller uttalt tretthet (MADRS spm 7)

### **Depressive "ledsagersymptomer";**

- Redusert selvfølelse/ selvtillit
- Skyldfølelse eller mindreverdighetsfølelse
- Tanker om død og selvmord
- Tanke- og konsentrasjonsproblemer
- Agitasjon eller retardasjon
- Søvnvansker – insomni eller hypersomni
- Appetitt og vektendring – økt eller redusert

### **Depressiv episode F 32;**

Tilstanden skal ha vart i minimum 2 uker, og vært rimelig stabil i denne tiden.

### **Mild depressiv episode F 32.0;**

minst to kjernesymptomer og minst to ledsagersymptomer vil oftest være i stand til å fortsette med de fleste aktiviteter

### **Moderat depressiv episode F 32.1;**

minst to kjernesymptomer og minst fire ledsagersymptomer vil oftest ha store problemer med å fortsette med ordinære aktiviteter

### **Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer F 32.3;**

alle tre kjernesymptomene og minst fem ledsagersymptomer vil oftest ikke klare å fortsette med ordinære aktiviteter

### **Alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer F 32.4;**

alle tre kjernesymptomene og minst tre ledsagersymptomer vil oftest ikke klare å fortsette med ordinære aktiviteter  
forekomst av hallusinose/ vrangforstillinger/ depressiv stupor

## **SJEKKLISTE - AKUTT BELASTNINGSLIDELSE, TILPASNINGSFORSTYRRELSE OG PTSD.**

Traumatisk belastning kan forårsake/ forsterke/ påvirke "alle" psykiatriske diagnoser, men er "påkrevet" for diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). Komorbiditet er vanlig ved PTSD, "utgjør" ofte mye av sykdommen.

Symptomer på PTSD er hyppig forekommende rett etter traumatiske begivenheter, og bør derfor sees på som normale. Klinger oftest av i løpet av noen uker. Vær derfor tilbakeholdende med å stille diagnosen PTSD før noe tid etter den traumatiske belastning.

Etter akutte/ nylige hendelser kan man ofte med fordel bruke diagnoser som beskriver tilstander som er forbigående og relatert til dette.

### **F 43.0 Akutt belastningslidelse;**

- Forbigående lidelse, hos person uten annen påviselig psykisk lidelse
- Lidelsen er reaksjon på uvanlig fysisk og psykisk belastning
- Symptomene viser et typisk blandet og foranderlig bilde
- Symptomene inntreffer vanligvis i løpet av minutter etter den belastende hendelsen, og forsvinner innen to til tre dager (ofte innen timer).

### **F 43.2 Tilpasningsforstyrrelse;**

- Tilstander med subjektivt ubehag og følelsesmessig forstyrrelse
- Oppstår i en periode med tilpasning til en vesentlig forandring i tilværelsen eller en belastende livshendelse
- Symptomene varierer og omfatter depresjon, angst eller bekymring

### **F 43.1 PTSD;**

- Forutgått av traumatisk hendelse av usedvanlig truende eller katastrofal natur, som ville gitt vedvarende plager hos nesten alle
- "Gjenopplevelse" gjennom påtrengende "flashbacks", livlige minner eller tilbakevendende drømmer ("som om det skjer igjen"), eller i opplevde plager ved eksponering for omstendigheter som ligner eller er forbundet med traumet
- Unngåelsesatferd av omstendigheter som er forbundet med traumet
- Amnesi for deler eller hele forløpet av hendelsen og/ eller
- Vedvarende psykisk aktivering med minst to av disse;
- -søvnvansker/ irritabilitet/ konsentrasjonsvansker/ økt vaksomhet/ økt skvettenhet