

## Håndtering av psykisk sykdom og rus i den akuttmedisinske kjeden, med fokus på legevakt

Akuttutvalget har bedt om et ekspertnotat vedrørende problemstillinger i krysningspunktet mellom psykisk sykdom, rus og legevakt. Følgende problemstillinger ble spesifisert i forkant:

1. Epidemiologi
  - a. Volum, håndtering og innleggelser i sykehus fra legevakt
  - b. Endringer i sykebesøk
2. Legevaktlegenes kompetanse ved problemstillinger relatert til rus og psykiatri
  - a. Seleksjon av pasienter i forhold til akutte innleggelser
  - b. Behov for kompetanseheving
3. Bruk av spesialisert psykiatriambulans
4. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten rundt problemstillinger relatert til psykisk sykdom og rus
5. Andre forslag til bedring i den akuttmedisinske kjede

I dette notatet vil disse problemstillingene bli besvart under følgende overskrifter:

<b>Aktører ved akutt psykisk sykdom og ruslidelser .....</b>	<b>1</b>
<b>Legevaktepidemiologi .....</b>	<b>2</b>
<b>Ambulansetjenesten, politi og psykisk sykdom.....</b>	<b>4</b>
<b>Samhandling med spesialisthelsetjenesten i psykiatri.....</b>	<b>5</b>
<b>Kvaliteten på håndtering av psykiske lidelser og rus på legevakt.....</b>	<b>6</b>
<b>Behov for kompetanseheving på legevakt.....</b>	<b>7</b>
<b>Andre forbedringsforslag.....</b>	<b>8</b>

### Aktører ved akutt psykisk sykdom og ruslidelser

Helsetjenestene ved psykisk sykdom og ruslidelser er i hovedsak nivådelte, i likhet med hvordan norske helsetjenester er organiserte ved andre medisinske felt. Innenfor primærhelsetjenesten er fastlegene den viktigste aktøren, med legevakt som stedfortreder utenfor fastlegekontorets åpningstider. I tillegg har mange kommuner tilbud om oppfølging ved psykiatriske sykepleiere, enten som del av hjemmesykepleietjenestene eller som egen tjeneste. Enkelte kommuner har spesialiserte botilbud med varierende grad av oppfølging av beboerne. Noen kommuner har organiserte kriseteam eller instanser som kan kontaktes direkte ved livskriser. Fastleger og legevakt er de eneste som har lovpålagt plikt til å gi øyeblikkelig helsehjelp. For fastleger gjelder denne plikten innenfor kontorets åpningstider. Legevakten dekker resten av døgnet, samt helg- og helligdager.

Innenfor den spesialiserte helsetjenesten i psykiatri ligger tilbudet på to nivå, henholdsvis distriktpsykiatriske sentre (DPS) og psykiatriske sykehus. Distriktpsykiatriske sentre tilbyr spesialisert poliklinisk behandling inkludert dagbehandling, samt innleggelser når pasienten kan samarbeide om

et behandlingsopplegg. Tilbud om innleggelser på DPS-nivå er vanligvis begrenset til dagtid på hverdager. De fleste steder i landet skjer dermed de fleste akuttinnleggelser til psykiatriske sykehusavdelinger. Noen få distriktpsykiatriske sentre mottar innleggelser utenfor vanlig kontortid på hverdager.

Behandling innenfor den spesialiserte helsetjenesten skjer i hovedsak etter vurdering i og henvisning fra primærhelsetjenesten. Noen steder er det imidlertid akutt ambulante team der pasienter og pårørende kan henvende seg direkte deler av eller hele døgnet. Noen distriktpsykiatriske sentre har krisesenger som pasienter kan disponere etter avtale. De fleste av de eksisterende lavterskeltilbudene i spesialisthelsetjenesten er begrenset til pasienter kjent i spesialisthelsetjenesten fra tidligere. Et viktig unntak er Psykiatrisk legevakt ved Oslo legevakt, som er åpen på ettermiddags- og kveldstid på hverdager og helligdager, og der alle kan henvende seg direkte.

Det finnes flere «hjelpelinjer» drevet av frivillige organisasjoner, der man kan ringe og snakke med noen hvis man har det vanskelig. I de største byene er det også et økende tilbud av tjenester fra private aktører. Disse tjenestene bidrar i liten grad ved akutt, alvorlig sykdom.

Spesialisthelsetjenesten innenfor tverrfaglig rusbehandling tilbyr sjelden akutt hjelp. Overvåkning av intoksikasjoner foregår i hovedsak på medisinske akuttavdelinger. Ved rusutløste psykoser innlegges pasientene i psykiatriske akuttavdelinger. Mer stabile pasienter med behov for akutt hjelp og et høyere omsorgsnivå, står i hovedsak uten mulighet for det. Mange kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold har valgt å ekskludere pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer fra sitt tjenestetilbud.

## Legevaktepidemiologi

Legevaktkontakter relatert til psykisk sykdom og rus kan prinsipielt deles inn i tre grupper:

1. Kontakter der pasienten søker hjelp for en psykisk lidelse
2. Kontakter der pasienten søker hjelp for kroppslige symptomer, og legen vurderer at symptomene er et uttrykk for en psykisk lidelse
3. Kontakter der pasienten søker hjelp for et somatisk problem, men der pasientens mentale tilstand reduserer evnen til samarbeid om undersøkelser og gjennomføring av behandlingstiltak, for eksempel som et uttrykk for en alvorlig psykisk lidelse, eller på grunn av rusmiddelpåvirkning

De fleste norske rapporter og studier baserer seg på pasientkontakter der leger, eller annet helsepersonell, har valgt å bruke en diagnose som beskriver psykiske plager eller sykdommer, inkludert rustilstander. Leger vurderer imidlertid at langt flere kontakter enn de som får en slik diagnose, er relatert til rus eller psykisk lidelse. I en studie fra 2010 ble det gitt en rusdiagnose i 32 % av kontaktene som ble vurdert som relatert til rus (1). Tilsvarende ble det gitt en psykiatridiagnose i 58 % av kontaktene relatert til psykisk lidelse, og 70 % av kontaktene som var relatert til både rus og psykisk lidelse. Den viktigste årsaken til forskjellen mellom diagnosesetting og opplevd relasjon er sannsynligvis kompleksiteten i problemstillingene legene møter i sin kliniske hverdag. Mange pasienter har flere lidelser, og pasienter med ruslidelser eller psykiske lidelser har ofte andre tilstander i tillegg. Noe av forskjellen er sannsynligvis også forårsaket av det stigma som fremdeles er

knyttet til psykiatriske diagnoser og ruslidelser, og som bidrar til at det er en viss terskel for å sette slike diagnoser.

I 2013 ble det registrert ca. 1,94 millioner pasientkontakter til norske legevakter (2). Det ble gitt en psykiatrisk diagnose ved 101 273 kontakter, dvs. 5,2 % av totalt antall kontakter. **Andelen** kontakter med en psykiatrisk diagnose har vært relativt stabil siden 2006 (variasjonsbredde 4,8-5,2 %). Samtidig har det vært en betydelig økning i **antall** legevaktkontakter med en psykiatrisk diagnose. I 2006 var antallet 55 618 (3), noe som gir en økning på 82 % mellom 2006 og 2013. Denne endringen gjenspeiler økt bruk av legevakt, men også bedre rapportering. Det er en liten forskjell mellom kjønnene i andel gitt en psykiatrisk diagnose. I 2013 var andelen blant kvinner 4,3 % (n=45 435), mens andelen blant menn var 6,3 % (n=55 838) (2). Dette betyr at det er en overvekt av menn som får en psykiatridiagnose på legevakt, til tross for at det generelt er flere kvinner enn menn som kontakter legevakt.

Det er tre kontaktformer på legevakt: Telefonkontakter, konsultasjoner, og sykebesøk og utrykninger. Telefonkontakter gis vanligvis ved mindre alvorlige tilstander der legetilsyn ikke vurderes som nødvendig. Sykebesøk og utrykninger skjer oftest ved mer alvorlige tilstander. Psykiatriendelen varierer ved de forskjellige kontaktformene (2, 4). Den er høyest ved sykebesøk og utrykninger (11,7 %), og lavere ved konsultasjoner (4,2 %) og telefonkontakter (4,9 %) (2). Det har vært en dramatisk nedgang i antall sykebesøk fra legevakt de siste 20 årene (2). I 1995 ble det gjennomført ca. 685 000 sykebesøk. I 2007 var antallet 83 046, mens det i 2013 var 66 986. I en studie fra 1988-89 var andel sykebesøk relatert til psykisk sykdom 5 % for kvinner og 3 % for menn (5). I en studie om dagtids hjemmebesøk i Oslo i 2001-02 var 5 % av hjemmebesøkene relatert til psykisk sykdom (6). Andelen synes å ha økt betydelig fram til 2007, da den var 9,8 % (n=8 139) (7), og videre frem til 2013, da den var 11,7 % (n=7 837) (2). Det betyr at det fremdeles utføres sykebesøk ved psykisk sykdom, men at også her er totalantallet gradvis på vei ned. Ved vurdering av hastegrad blir henvendelser om psykisk lidelse eller rus i gjennomsnitt vurdert til å ha litt høyere alvorlighetsgrad enn andre typer henvendelser (1).

Psykiatri er overrepresentert om natten (1, 2, 4). I 2013 ble det gitt psykiatridiagnoser ved 9,8 % av henvendelsene på natt, sammenliknet med 5,1 % på dagtid og 4,3 % på kveldstid (2). Psykiatridiagnoser er også overrepresentert hos voksne i alderen 16-60 år (1, 2, 4).

De hyppigst brukte psykiatridiagnosene er relatert til rus (21,2 %), depresjon (20,4 %) og angst (19,4 %) (4). I 2013 var *P19 stoffmisbruk* den 17. mest brukte av alle enkeltdiagnoser, noe som tilsvarte 19 429 kontakter (2). Til sammenlikning ble *P19* gitt ved 4 880 kontakter i 2006 (2). Dette utgjør en 300 % økning over 7 år. I 2013 var den hyppigst brukte psykiatridiagnosen ved sykebesøk *P15 kronisk alkoholmisbruk* og ved konsultasjoner *P16 akutt alkoholmisbruk* (2). Ved telefonkontakter var den hyppigst brukte psykiatridiagnosen *P99 psykisk lidelse* (2). Det er grunn til å anta at overhyppigheten av psykiatri på nattestid i stor grad skyldes rusrelaterte problemstillinger (1).

Diagnosespekteret brukt på legevakt er smalere enn hos fastlegen (8). Samtidig gis enkelte diagnoser hyppigere på legevakt enn hos fastleger. Eksempler er rusdiagnoser (relativ risiko (RR) 2,0), psykosediagnoser (RR 2,5) og diagnoser som beskriver selvmordsatferd (RR 81,8) (8). Det ser også ut til at faktisk antall henvendelser relatert til selvmordsatferd er høyere på legevakt enn hos fastlegene, dette til tross for et betydelig mindre totalvolum av henvendelser til legevakt sammenliknet med hos fastlegene (3, 8).

En studie fra 2012 utforsket legevaktens håndtering av henvendelser relatert til rus eller psykisk lidelse (1). Vesentlig flere av disse henvendelsene ble ferdighåndtert av sykepleier som en telefonkontakt (31 %) sammenliknet med andre typer henvendelser (18 %). Når pasientene først ble vurdert av lege, ble 50 % av legekontaktene avsluttet på legevakt uten at pasienten ble henvist videre til andre instanser. I 34 % av legekontaktene ble pasienten innlagt. Det var færre innleggelse for rent rusrelaterte henvendelser (30 %), enn for henvendelser relatert til både rus og psykisk lidelse (43 %). Ved innleggelse av pasienter med rusrelatert lidelse, ble de aller fleste pasientene innlagt i medisinske og kirurgiske avdelinger. Svært få av de rusrelaterte innleggelsene gikk til spesialisthelsetjenesten i psykiatri eller akutt tverrfaglig rusbehandling. Totalt 15 % av legekontaktene endte med en akuttinnleggelse i psykiatrien. Det ble brukt tvangsparagraf ved 38 % av disse innleggelsene. Økt bruk av tvang synes å være assosiert med psykoselidelser, suicidal atferd, og at andre enn pasienten selv eller dennes nære venner og familie er involvert i legevaktkontakten (9, 10). En studie om håndtering av intoksikasjoner i prehospitaltjenester i Oslo viste at de fleste alkoholintoksikasjonene ble håndtert på legevakt, i motsetning til opiatintoksikasjonene som ble håndtert av ambulansetjenesten, og medikamentintoksikasjonene der sykehusinnleggelse oftest var nødvendig (11).

## Ambulansetjenesten, politi og psykisk sykdom

Legevaktens viktigste støttespillere ved akutt håndtering av alvorlig psykisk sykdom eller rus er ambulansetjenesten og politiet. Politiet har varslingsplikt til helsetjenesten ved mistanke om alvorlig psykisk sykdom, og de har også bistandsplikt ved tvungent psykisk helsevern (12). Det har vært mye motstand mot bruk av politiet ved transport av psykisk syke (13), og politiet har flere ganger hevdet at helsetjenesten burde ta et større ansvar for disse transportene (14). I en studie fra Hordaland skjedde 30 % av akuttinnleggelsene fra legevakt til psykiatrisk avdeling med assistanse fra politiet (15). I en annen studie med legevakter spredt over hele landet, var politiet involvert i 148 av 853 legevaktkontakter relatert til rus eller psykiatri (17 %) (15). I 83 % av disse 148 kontaktene var politiet involvert **før** pasienten kom til legevakten. Disse tallene samsvarer med funnene i en rapport fra politiet (16). Her blir det oppgitt at legevakt eller akuttmottak var melder ved 10 % av alle psykiatrioppdrag. Samtidig var legevakt mottaker i forbindelse med fremstilling for innleggelse i 35 % av oppdragene, og for annen vurdering i 6 % av oppdragene. Ved 7 % av oppdragene ble transporten overtatt av ambulansetjenesten, og i 2 % av oppdragene ble ambulansen fulgt av politiet.

Ca. 6 % av henvendelsene til AMK er relatert til psykisk sykdom (17). Av disse er 38 % forårsaket av akutt alkoholmisbruk, mens resten dreier seg om forskjellige psykiske plager. Alle psykiatrioppdrag hos ambulansetjenesten i Trondheim i 2011 er blitt kartlagt i en masteroppgave (18). Det var 511 registrerte psykiatrioppdrag gjennom hele året, og et gjennomsnitt på 1,5 oppdrag per døgn. Oppdragene var relativt jevnt fordelt gjennom hele døgnet. Av oppdragene ble 17 % vurdert som akutt-turer, som vil si at umiddelbar utrykning av ambulanse var nødvendig. I 47 % av oppdragene ble det vurdert at det var behov for ambulanse uten ventetid (hastetur). Politiet var til stede ved 25 % av oppdragene.

En spesialisert psykiatriambulanse ble første gang etablert i Bergen i 2005. Bakgrunnen for etableringen var et ønske om et transporttilbud for psykisk syke som var preget av respekt, likeverd

og faglighet. Tilbudet skulle motvirke stigma og kriminalisering av personer med psykiske lidelser. Det er grunn til å anta at organisering av det kommunale legevakttilbudet i Bergen bidro til behovet for en slik tjeneste. I Bergen ble det i mange år ikke utført sykebesøk, og legene rykket ikke ut fra legevakten. Dette medførte trolig økt transport av pasienter til legevakten for vurdering, samtidig som ambulanspersonell og politi ikke fikk nødvendig helsefaglig assistanse på stedet. Viktige avgjørelser i forhold til videre behandling ble derfor først tatt etter at pasienten var transportert fra sitt oppholdssted til legevakten.

Tilbudet om psykiatriambulansetjeneste har vært overveldende godt mottatt av alle. Det har vakt internasjonal oppsikt og har mottatt priser for sitt nybrottsarbeid. Det har fra flere hold vært ytre ønske om utvidelse av ordningen til å gjelde hele landet (14, 19). I følge en presentasjon for Helsedirektoratet basert på driftsdata i perioden 2006-2012 er psykiatriambulansen bemannet med en ambulansarbeider og to personer med psykiatrisk kompetanse (20). De dekker en befolkning på ca. 400 000. De er tilgjengelig for oppdrag alle ukedager i tidsrommet 10-21, og de tar somatiske oppdrag når de ikke har psykiatrioppdrag. I perioden 2006-2012 hadde de i gjennomsnitt 6 oppdrag daglig, hvorav 4 var psykiatrioppdrag. Politiet bisto i 15 % av oppdragene.

Til tross for den overveldende gode mottakelsen av psykiatriambulansen, er det grunn til skepsis overfor en utbredelse av ordningen til hele landet. Særordninger og spesialiserte tjenester er kostnadsdrivende (21), og de trenger et visst pasientgrunnlag for å være berettiget. Personalet i tjenesten trenger også et visst pasientgrunnlag for å kunne opprettholde sin kompetanse. Fra ca. 2011 ble et tilsvarende tilbud opprettet i Stavanger. På grunn av kostnadene involvert, har dette tilbudet vært nedleggingsstruet. Bruk av psykiatriambulansen i Bergen gir et gjennomsnitt på 1 psykiatrioppdrag per 100 000 innbyggere per dag. De fleste steder i Norge vil det dermed ikke være stort nok volum av oppdrag til at en slik spesialisert tjeneste vil kunne forsvares. I Trondheim har man valgt en annen modell, der interesserte ambulansarbeidere har fått tilleggsutdanning i psykiatri (personlig kommunikasjon Stein Ove Raanes, fagutvikler, Ambulans Midt-Norge HF). De fleste steder i landet vil dette være en langt mer hensiktsmessig modell. I tillegg må det være et mål at man i størst mulig utstrekning får primærlegene til å gjøre vurderingene der pasienten er når pasienten er i en slik tilstand at vedkommende selv ikke tar kontakt for hjelp. En vurdering løst fra den akutte situasjonen gjør at mye verdifull informasjon går tapt, og beslutningsgrunnlaget blir svekket. Risikoen for feilvurderinger blir dermed større.

En annen sak er at man både i Bergen og Stavanger har valgt å begrense tjenesten til deler av døgnet av kostnadsmessige hensyn. I følge registreringer fra Trondheim kommer denne typen oppdrag relativt jevnt fordelt gjennom hele døgnet (18). Det er faglig betenkelig å si at et akutt-tilbud er nødvendig for en pasientgruppe – men bare innenfor visse tidsrom. De akutte tjenestene bør organiseres slik at det er tilstrekkelig kvalitet på tjenestene gjennom hele døgnet.

## Samhandling med spesialisthelsetjenesten i psykiatri

En av kjerneoppgavene i akutte prehospitaltjenester er å sørge for at pasienter får riktig hjelp på riktig helsetjenestnivå. Dermed blir det å «selge» pasientene videre til spesialisthelsetjenesten en sentral oppgave når legen tenker at det er behov for slik hjelp (22). Noen av pasientene med rusproblem eller dårlig psykisk helse er vanskelige å henvise videre, og psykisk lidelse eller

intoksikasjon blir noen ganger brukt som et argument fra spesialisthelsetjenesten for at pasienten ikke trenger eller ikke kan nyttiggjøre seg av spesialiserte somatiske eller psykiatriske tjenester (23). I en 25 år gammel norsk studie ble det observert at legevaktleger kom i skvis mellom lekfolk og spesialisthelsetjenesten i psykiatri ved problemstillinger relatert til psykisk sykdom (24). Det er forskjell på hva lekfolk og legevaktleger mener psykiatrien skal være behjelpelig med, og hva spesialisthelsetjenesten i psykiatri mener at de kan og skal bidra med. Dette gjelder mange steder også i dag. Noen steder har legevaktlegene uttalte samarbeidsproblemer med spesialisthelsetjenesten i psykiatri (23). Dette preger legene i møtet med pasientene. De kvier seg for å kontakte spesialisthelsetjenesten ved behov for rådgivning eller assistanse, og de kvier seg for den logistikken som er involvert ved behov for innleggelse. Det er også indikasjoner på at ved god samhandling med spesialisthelsetjenesten blir psykiatri ikke oppfattet som et problem *i seg selv* (21, 23).

En annen utfordring er at utenfor vanlig kontortid er tilbudet fra spesialisthelsetjenesten i psykiatri mange steder begrenset til en akutt (tvangs)innleggelse eller ingenting (23). Opprettelsen av akutt ambulante team ved distriktpsykiatriske sentre skulle bøte på dette (25), men disse teamene har ofte verken vært akutte eller ambulante (26-29). I sin avhandling fra 2013 konkluderte Nina Hasselberg med at *«akutteamene i Norge bare delvis ble implementert i henhold til modellen for ambulante akutteam, og at de derfor heller ikke fullt ut har fylt den rollen de har vært tiltenkt i psykisk helsevern»* (30). Det er også verdt å nevne at alternative akutt-tilbud i liten grad synes å innvirke på behovet for akuttinnleggelse i institusjon, og at tilbudene primært har vist seg nyttige for friskere og bedre fungerende pasienter som tidligere har manglet et fullverdig behandlingstilbud (21, 31, 32).

Legevaktleger møter uselekterte pasienter med et vidt spekter av lidelser. Dette medfører at de må forholde seg til hele bredden av første-, andre- og tredjelinjetjenester, og at det er mange sykdomstilstander de sjelden eller aldri møter. Dette betyr igjen at det er vanskelig å forholde seg til prosjekt og særordninger for spesielle pasientgrupper. Når man endelig møter en gitt problemstilling er det vanskelig å vite om det aktuelle særtilbudet man har hørt om er åpent akkurat nå, eller om det i det hele tatt fremdeles er i drift. For de største legevaktene gir også pasientenes sonetilhørighet og forskjeller i tilbud mellom forskjellige soner ytterligere utfordringer. Dersom man legger konferanseplikt på toppen, kan det resultere i at legene bruker mer tid på å få tak i riktig vedkommende på riktig sted, enn å snakke med og ivareta pasienten. Ironisk nok er mange av særordningene ikke åpne på den tiden av døgnet der legevaktlegene oftest møter psykiatri. Dette gjelder også akuttinstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med Akuttposten i Bergen som ett av få unntak.

## Kvaliteten på håndtering av psykiske lidelser og rus på legevakt

Det finnes ingen studier som direkte har undersøkt kvaliteten på arbeidet som gjøres ved norske legevakter for pasienter som henvender seg med psykiske lidelser eller rusproblematikk. Studier har imidlertid vist at legevaktleger er like flinke som andre henvisende instanser til å velge ut hvilke pasienter som bør innlegges akutt i psykiatrisk sykehus (15). Videre ser man at de fleste pasientene allmennleger henviser til spesialisthelsetjenesten i psykiatri, håndteres videre innenfor spesialisthelsetjenesten (15, 21, 33).

En stor andel av akuttinnleggelsene til psykiatriske sykehus kommer via legevakt (15, 26, 34). En enda større andel av tvangsinnleggelsene kommer via legevakt (15, 34, 35). Samtidig er andelen tvangsinnleggelser som underkjennes ved paragrafvurderingen i sykehus høyere for innleggelser fra legevakt, enn for innleggelser fra fastleger og spesialisthelsetjenesten i psykiatri (10, 15). Pasienter innlagt fra legevakt har høyere forekomst av akutt ruspåvirkning og aggressiv atferd sammenliknet med pasienter innlagt fra andre henvisningsinstanser (15). Noen av underkjenningene kan dermed skyldes at pasientens tilstand bedres på grunn av endret rusnivå i løpet av det inntil 24 timer lange intervallet fra vurdering ved legevakt til paragrafvurderingen på sykehuset. Den høye andelen underkjenninger kan også skyldes mangel på alternative tiltak eller dårlige vurderinger ved legevaktlegen.

Det mangler kunnskap om kvaliteten på henvendelser som avsluttes på legevakt. Det er et paradoks at flere av disse henvendelsene blir avsluttet som en telefonkontakt sammenliknet med andre typer henvendelser, samtidig som psykiatrhenvendelser i gjennomsnitt har en høyere alvorlighetsgrad enn andre typer henvendelser (1). Praksisfeltet har meldt tilbake at dette kan forklares med at sykepleiere ved mange legevaktsentraler bruker mye tid på støttesamtaler med kjente pasienter, spesielt om natten og i helg og helligdager. Samtidig uttrykker representanter fra pasient- og pårørendeorganisasjoner uro i forhold til at det er vanskelig å få adekvat hjelp når man først har tatt mot til seg for å be om det (21). I studier har legevaktleger gitt uttrykk for at legevakttjenesten noen steder er organisert slik at forholdene ikke ligger til rette for å gi gode tjenester til pasientgruppen (23). Eksempel på barrierer er tidspress og stor pasienttilstrømning, dårlig tilgang til komparentopplysninger og annen nødvendig informasjon, samtidighetsproblematikk, «stykkeprisfinansiering» i avlønning av leger og lite egnede lokaler. I tillegg opplever legene at tilgjengelige pasienttilbud og tilgang til veiledning eller rådgivning fra spesialisthelsetjenesten ikke svarer til kompleksiteten i de problemstillingene de møter.

## Behov for kompetanseheving på legevakt

Alvorlig psykisk sykdom og rusmiddelintoksikasjoner er blant de hyppigste akuttmedisinske tilstandene på legevakt (36). Nesten alle leger som deltar i legevakt vil i løpet av ett år møte akutte problemstillinger relatert til psykiske lidelser eller rus. Samlet peker resultater fra flere studier på fire områder der det er behov for kompetanseheving på legevakt:

1. Vurdering av selvmordsrisiko
2. Lovverk i forhold til bruk av tvang
3. Ivaretagelse av egen sikkerhet
4. Kjennskap til lokale samarbeidspartnere og rutiner

Selvmoedsatferd er medvirkende faktor ved mange akuttinnleggelser (15, 37). Samtidig er det økt risiko for underkjenning av tvangsparagraf ved innleggelse fra legevakt (10, 15). Vurdering av selvmordsrisiko og bruk av tvang er noe mange leger synes er vanskelig, spesielt fordi en feilvurdering kan ha svært alvorlige konsekvenser (1, 38). Det norske lovverket åpner ikke for selvmordsfare som selvstendig begrunnelse ved bruk av tvang (39). Samtidig er det vanskelig å forholde seg passivt til at noen ønsker å ta sitt eget liv. Risiko for selvmord som del av den aktuelle problemstillingen er da også assosiert med hyppigere underkjenning av tvangsparagraf ved



paragrafvurdering i sykehus (10). Vurderinger av selvmordsrisiko og nødvendighet av bruk av tvang er problemstillinger leger kan risikere å møte uavhengig av type klinisk stilling. Derfor er begge temaene en selvsagt del av grunnutdanningen. Fordi legevaktleger har større risiko enn andre leger for å møte disse problemstillingene i klinisk arbeid, samtidig som de oftere står alene i sine kliniske vurderinger, bør legevaktleger i tillegg ha en oppfriskning av lovverk og vurdering av selvmordsrisiko som ledd i etter- og videreutdanningen.

En studie har vist at 32 % av ansatte ved norske legevakter har vært utsatt for fysisk voldsutøvelse fra pasienter eller pårørende i løpet av den tiden de har arbeidet ved legevakt (40). Studien viste også at tilsvarende tall for de siste 12 månedene var 13 %. To av tre hendelser ble relatert til rus eller psykiske lidelser hos pasienten. I en studie som prospektivt hentet inn informasjon om legevaktkontakter relatert til rus og psykiske lidelser, ble truende atferd spontant beskrevet i 32 av 853 journalnotat (4 %) (1). Noen leger er bekymret for egen sikkerhet, spesielt i møte med pasienter som er så ruset eller så psykisk syke at deres atferd oppleves uforutsigbar (23). Internasjonal forskning tyder på at bekymring for egen sikkerhet reduserer legenes villighet til å delta i vakt (41-43). Mange steder i Norge er legevaktpersonell alene hele eller deler av døgnet, uten at det nødvendigvis er iverksatt adekvate sikkerhetstiltak (44). Totalt sett tilsier dette at legevaktpersonell bør få opplæring i sikkerhetstenkning, og at kunnskap om lokale sikkerhetstiltak bør inngå i et opplæringsprogram som leger og annet helsepersonell skal gjennomføre før de begynner å arbeide ved en ny legevakt. Et slikt lokalt opplæringsprogram bør også inneholde informasjon om lokal organisering av psykisk helsevern og aktuelle samarbeidspartnere. Dette er nødvendig på grunn av de store variasjonene fra sted til sted i rutiner og tilgjengelige samarbeidspartnere.

## Andre forbedringsforslag

I tillegg til økt kompetanse hos personell ved legevakter, er det også andre tiltak som kan forventes å gi bedre akuttmedisinske tjenester til pasienter med psykisk sykdom eller rusproblemer. Mange av disse tiltakene er like relevante for andre kompliserte og tidkrevende tilstander man ser på legevakt. Få tiltak er nye. Noen er utprøvd eller i aktiv drift enkelte steder i Norge. Noen er også hjemlet i lov. Forslag til aktuelle forbedringstiltak er:

### 1. Bedre rammer for tidkrevende tilstander

For legevakt vil dette først og fremst bety fastlønn. I tillegg må det være nok personellkapasitet til at det enten er en innbakt beredskap i tjenesten eller at det er personell i organisert beredskap som kan rykke ut og avlaste ved tidkrevende problemstillinger. I noen legevakter er det allerede slik at det er bakvakter som rykker ut ved psykiatri eller dersom køen av ubehandlede tilstander vokser over en viss lengde. Bedre siling av hva som skal inn på legevakt og alternativ til håndtering på legevakt som f.eks. mulighet for tildeling av time hos fastlege neste dag, vil være andre tiltak som kan bedre rammene for håndtering av det som må tas på legevakt.

### 2. Bedre tilgang til bakgrunnsinformasjon og tidligere vurderinger

Epikriser, individuelle planer og kriseplaner bør være tilgjengelig for alle samhandlingspartnere, det være seg legevakt, fastleger eller spesialisthelsetjenesten. Det er



også ønskelig at det finnes en oversikt over involverte kommunale tjenester og ansvarlige behandlere når slike er involvert. Oversikten bør inneholde kontaktdata (telefon, tilgjengelighet). Slik informasjon er vanskelig å skaffe i akutte situasjoner, samtidig som den kan ha stor betydning for videre håndtering av hendelsen. Bedret tilgang til bakgrunnsinformasjon krever at informasjonen er i et format som gir lett tilgang til kjerneopplysninger. Det krever videre at det er arbeidsrammer som gjør at man har mulighet til å sette seg inn i relevant og tilgjengelig informasjon (jfr. pkt. 1).

### 3. Bedre tilgang til frivillig behandling

En del situasjoner oppstår akutt utenfor vanlig arbeidstid, og disse må selvsagt håndteres der og da. Dessverre er det også noen ganger slik at situasjoner håndteres utenfor vanlig arbeidstid fordi de ikke er blitt adekvat håndtert på dagtid. Det er viktig at det sikres god nok kapasitet for håndtering på dagtid og **før** det haster. Dette gjelder både hos fastleger og innenfor de spesialiserte tjenestene. For fastleger kan det bety at normert listelengde bør være kortere. For spesialiserte tjenester kan det bety at de må sørge for tilgjengelighet innenfor kjerneåpningstidene, noe man mange steder har fått til gjennom opprettelsen av akutt ambulante team. En annen sak er at spesialisthelsetjenesten ideelt sett burde hatt forskjøvet tilgjengelighet i forhold til åpningstider hos fastlegen. På grunn av tidsforsinkelse fra pasienten tar kontakt med helsetjenestene til vedkommende har snakket med legen, vil spesialisthelsetjenesten ofte først bli kontaktet senere på dagen. Denne effekten er vist i forhold til akuttinnleggelse i psykiatrisk sykehus (45), der de fleste innleggelser skjer mellom kl. 10 og kl. 24, og det er en markert topp mellom kl. 15 og 17. Samme mønster er kjent fra somatiske akuttmottak. Dette kan tyde på at spesialiserte akutt-tjenester bør være tilgjengelig i tidsrommet 10-18, sannsynligvis også i helg- og helligdager. I tillegg bør pasientgruppen ha tilgang på økt omsorgsnivå uten at dette nødvendigvis skal bety akuttinnleggelse i psykiatriske institusjoner. For en del pasienter i akutt krise vil trygging i form av umiddelbar innkobling av tilsyn fra hjemmesykepleie eller overnatting i kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud være tilstrekkelig økt omsorg i avvente av en subakutt vurdering i spesialisthelsetjenesten på dagtid påfølgende dag eller ny vurdering i primærhelsetjenesten. Det bør legges føringer i forhold til at rustilstander og psykisk sykdom ikke automatisk diskvalifiserer for bruk av akutte kommunale tilbud, og at de akutte kommunale tilbudene forutsettes å kunne mobiliseres 24 timer i døgnet.

### 4. Bedre veiledning fra spesialisthelsetjenesten

I Helsepersonellovens § 4 om forsvarlighet slås det fast at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig eller mulig (46). Det bør derfor være en selvfølge at leger i primærhelsetjenesten til en hver tid har mulighet for akutt og adekvat veiledning per telefon, og at denne veiledningen gis av helsepersonell med større fagkompetanse enn legene i primærhelsetjenesten. I praksis vil dette si psykologspesialister og psykiatere. Disse må ha beslutningsmyndighet i forhold til videre håndtering av pasienten i spesialisthelsetjenesten, og bør også ha tilgang til spesialisthelsetjenestens journalsystem. En del steder i landet fungerer dette utmerket. De som skal veilede og bestemme videre tiltak bør fortrinnsvis ha samme kontaktpunkt døgnet rundt, slik at man slipper problemstillinger av typen «vi er tilgjengelig bare 30 minutter til og kan ikke ta saken, vennligst ring et annet telefonnummer

som åpner om 30 minutter» eller at man må ringe rundt til flere instanser og i verste fall får motstridende råd og ingen som vil være behjelpelig fordi det alltid er «noen andre» som bør ta saken. Videre er det nødvendig å fastslå et delt juridisk ansvar mellom rådgivende spesialist og rådsøkende lege i beslutninger man blir enige om. Rådgivende spesialist har et selvstendig ansvar for innhenting av adekvat informasjon, og rådsøkende lege må være sikker på at vedkommende ikke får juridiske problemer fordi man har fulgt et råd fra spesialist. Dersom rådsøkende lege sitter med ansvaret alene, vil det være risiko for flere innleggelses og henvisninger fordi legen vil være på den sikre siden.

## Litteraturliste

1. Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. How Norwegian casualty clinics handle contacts related to mental illness: A prospective observational study. *Int J Ment Health Syst* 2012; 6: 3.
2. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
3. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. Rapport nr. 4/2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007.
4. Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. Contacts related to psychiatry and substance abuse in Norwegian casualty clinics. A cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27: 180-5.
5. Straand J, Sandvik H. Home visits in general practice - most often for elderly patients: A report from the Møre & Romsdal Prescription Study. *Nor J Epidemiol* 1998; 8: 127-32.
6. Iveland E, Straand J. 337 sykebesøk på dagtid fra Oslo Legevakt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 354-7.
7. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
8. Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. Contacts related to mental illness and substance abuse in primary health care. A cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28: 160-5.
9. Grytås LB. Faktorar som predikerer innlegging til tvunge psykisk helsevern frå legevakt. Særoppgave. Bergen: Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, 2014.
10. Fuglseth NLD. Kan en predikere omgjøring fra tvungen til frivillig status ved akuttpsykiatriske innleggelses? Særoppgave. Bergen: Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, 2013.
11. Heyerdahl F, Hovda KE, Bjornaas MA et al. Pre-hospital treatment of acute poisonings in Oslo. *BMC Emerg Med* 2008; 8: 15.
12. Helsedirektoratet. Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid. IS-5/2012. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
13. Pedersen KL. Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon. *Sykepleien Forskning* 2008; 3: 84-91.
14. Norges offentlige utredninger. Ett politi - rustet til å møte fremtidens utfordringer. Politianalysen. NOU 2013: 9.
15. Johansen IH, Mellesdal L, Jørgensen HA et al. Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward: patient characteristics and referring agents. A prospective study. *Nordic J Psychiatry* 2012; 66: 40-8.
16. Kaasa H, Repål A. Politi og psykiatri. En deskriptiv studie. Vestfold: Politiet, Psykiatrien i Vestfold HF og Helse Sør-øst, 2010.

17. Zakariassen E, Burman RA, Hunskaar S. The epidemiology of medical emergency contacts outside hospitals in Norway - a prospective population based study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2010; 18: 9.
18. Zetterberg S. Ambulanstjänstens insats vid akut prehospital psykiatri. Masteroppgave. Trondheim: Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2012.
19. NRK. Politiet rykker ut 20 000 ganger årlig på psykiatrisaker – krever avklaring. NRK 06.02.2014. <http://www.nrk.no/norge/politiets-ressurser-pa-psykiatri-1.11524132>. (10.08.2014)
20. Brattebø G. Erfaringer med psykiatriambulanse i Helse-Bergen. Oslo: HelseDirektoratet, 2014. [http://www.helsedirektoratet.no/it-helse/nodnett/Documents/Brattebø\\_Psykiatrisk\\_Ambulanse\\_.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/it-helse/nodnett/Documents/Brattebø_Psykiatrisk_Ambulanse_.pdf) (04.09.2014)
21. Johansen IH, Eikeland OJ. Evaluering av prosjektet "Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland". Et samhandlingsprosjekt mellom Nordhordland legevakt og Bjørgvin distriktpsykiatriske senter, avdeling Nordhordland. Rapport nr. 5-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2013.
22. Nugus P, Bridges J, Braithwaite J. Selling patients. *BMJ* 2009; 339: 5201.
23. Johansen IH, Carlsen B, Hunskaar S. Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 132.
24. Måseide P. Normale og unormale gale. Sosial organisering av tenking og avgjerdstaking i psykiatrien. I: Album D, Midré G, red. Mellom idealer og realiteter: studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1991: 85-114.
25. Sosial- og helsedirektoratet. "Du er kommet til rett sted..." Ambulante akuttjenester ved distriktpsykiatriske sentre. IS-1358. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
26. Ruud T, Gråwe RW, Hatling T. Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie. SINTEF-rapport nr. A310/2006. Oslo: SINTEF, 2006.
27. Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S et al. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 96.
28. Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S et al. Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 183.
29. Karlsson B, Borg M, Sjølie H. Ambulante akutteam ved distriktpsykiatriske sentre. *Sykepleien Forskning* 2011; 6: 62-8.
30. Hasselberg N. The crisis resolution team model in Norway: Implementation, outcome of crisis and admissions. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, 2013.
31. Kolbjørnsrud OB, Larsen F, Elbert G et al. Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akutt plasser ved sykehus? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 1991-4.
32. Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S et al. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 117.
33. Deraas TS, Hansen V, Giaever A et al. Acute psychiatric admissions from an out-of-hours casualty clinic; how do referring doctors and admitting specialists agree? *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 41.
34. Tørrissen T. Tvangsinnleggelse i en akuttpsykiatrisk post. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2086-9.
35. Gjelstad K, Lovdahl H, Ruud T et al. Tvangsinnleggelse til psykiatrisk observasjon - blir de opphevet dagen etter? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 917-20.
36. Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. *Emerg Med J* 2008; 25: 528-33.
37. Mellesdal L, Mehlum L, Wentzel-Larsen T et al. Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psych Serv* 2010; 61: 25-31.

38. Jepsen B, Lomborg K, Engberg M. GPs and involuntary admission: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2010; 60: 604-6.
39. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62.
40. Joa TS, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 55-60.
41. Magin PJ, Adams J, Ireland M et al. After hours care - a qualitative study of GPs' perceptions of risk of violence and effect on service provision. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 91-2.
42. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW et al. Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 336-42.
43. Hobbs FD. General practitioners' changes to practice due to aggression at work. *Fam Pract* 1994; 11: 75-9.
44. Morken T, Johansen IH. Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres - a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 384.
45. Berg JE. Når på døgnet legges pasienter inn i en akuttpsykiatrisk avdeling? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 590-1.
46. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-2014-06-20-49.