



PSYKIATRIAMBULANSE OSLO 2020 – EN PROSJEKTBEKRIVELSE

Kandidatnummer: 58 og 28

PARA 3900

Bachelor i Prehospitalt
arbeid - Paramedic

Antall ord: 9358

Dato: 28.05.2019

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

SAMMENDRAG

Mål. Denne prosjektbeskrivelsen beskriver en fremgangsmåte for å kartlegge bruken av psykiatriambulanse og om dette vil redusere tvangsbruk overfor akuttpsykiatriske pasienter prehospitalt i Oslo.

Forskningsdesign og metode. I dette prosjektet skal en psykiatriambulanse med utgangspunkt i PAM modellen fra Stockholm settes i drift i Oslo i 6 måneder. Det skal gjennomføres en kvalitativ studie hvor en skal ha semistrukturerte dybdeintervjuer av 15 ansatte på psykiatriambulansen. Det skal kartlegges om denne psykiatriambulansesmodellen kan redusere tvangsbruk.

Forankring. Dette prosjektet kan være med på å utvikle prehospitall psykiatribehandling både nasjonalt og internasjonalt. Prosjektet har til hensikt å øke pasientmedvirkningen og redusere bruken av tvang i møte med akuttpsykiatriske pasienter.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Introduksjon	1
1.3 Begrepsavklaring	3
1.4 Avgrensing	3
1.5 Søkestrategi	3
2.0 TEORETISK GRUNNLAG	6
2.1 Tvang	6
2.1.1 <i>Juss</i>	6
2.1.2 <i>Psykisk helsevernloven</i>	7
2.1.3 <i>Revisjon av psykisk helsevernloven. Politisk føring for reduksjon av tvang</i>	7
2.2 Etikk	8
2.3 Akuttpsykiatri	9
2.3.1 <i>Spesifikke tilstander</i>	9
2.4 Psykiatriambulanse som konsept	11
2.5 Oslo i dag	12
3.0 PROBLEMSTILLING OG PROSJEKTETS MÅL	14
3.1 Redegjørelse for valg av problemstilling og tema	14
3.1.1 <i>Tidligere forskning</i>	14
3.1.2 <i>Potensialet til prosjektet</i>	15
4.0 METODE	18
4.1 Forskningsdesign – Kvalitativ Metode	18
4.2 Psykiatriambulanse Oslo 2020	19
4.2.1 <i>Prosjektgruppe</i>	19
4.2.2 <i>Inklusjon og eksklusjonskriterier</i>	19
4.2.3 <i>Bemannings og rollefordeling</i>	20
4.2.4 <i>Opplæring og opplæringsplan</i>	21
4.2.5 <i>Kartleggingsverktøy for bruk i vurdering av pasient</i>	21
4.2.6 <i>Oppsett og operativ ledelse</i>	23
4.3 Rekruttering, datainnsamling og intervju	24
4.3.1 <i>Rekruttering</i>	24
4.3.2 <i>Datainnsamling</i>	24
4.3.3 <i>Intervju</i>	25
4.3.3.1 <i>Forberedelser</i>	25
4.3.3.2 <i>Intervjuguide</i>	26
4.3.3.3 <i>Gjennomføring og etterarbeid av intervju</i>	26
4.4 Analyse av data	26
4.5 Forskningsetiske overveielser	28
5.0 GJENNOMFØRING	29
5.1 Gjennomføringsevne	29
5.2 Forankring	29
5.3 Milepæler og fremdrift	30
5.4 Budsjett	30

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt akuttpsykiatri som tema for vår bacheloroppgave. Nærmere bestemt prehospital behandling og tiltak overfor psykiatiske pasienter. En majoritet av ambulanspersonell er regelmessig i kontakt med psykiatiske pasienter. Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) i Oslo og Akershus registrerte i 2018 13133 oppdrag med psykiatri som indeksekriterie (Vedlegg 5).

Årsaken for valg av tema er en faglig interesse for akuttpsykiatri hos forfatterne. I løpet av praksis på paramedicstudiet var det en felles opplevelse av en variabel kunnskap, forståelse og interaksjon overfor pasienter hvor akuttpsykiatri var grunnkriterie. Vår erfaring er at det ofte var krevende og komplekse problemstillinger, som krevde et annet tankesett og handlingsmønster enn ved somatiske oppdrag. Det overordnede målet i de fleste oppdragene som omhandlet psykiatri, var å løse situasjonen basert på størst mulig grad av pasientmedvirkning og minst mulig grad av tvang. Noen oppdrag ble løst med stor grad av samarbeid og pasientmedvirkning. Under andre oppdrag ble konfliktnivået eskalert, politiet involvert og pasientmedvirkningen ble minimal.

Vi var begge klar over at det i Bergen og Stavanger var egne ambulanser for psykiatiske pasienter. Spørsmålene vi stilte oss var om bruken av tvang, pasientmedvirkning og autonomi ville blitt bedre ivaretatt med en spesialisert ambulanse, som hovedsakelig rykker ut til oppdrag hvor psykiatri er problematikken. Hvorfor er psykiatriambulanse i drift på Vestlandet og ikke i Oslo?

Etter vår mening var ulikhetene i behandlingstilbudet til pasienter med akuttpsykiatiske tilstander så stor avhengig av hvor i landet en bor, at det er et tema det fortjener å bli rettet oppmerksomhet mot.

1.2 Introduksjon

Psykiatri er et medisinsk fagfelt som har vært og er under utvikling for å tilpasse seg dagens samfunnsbilde. Norge er i en særegen posisjon hvor vi er i Europatoppen når det gjelder tvangsinnlagte i helseinstitusjoner (Norsk helseinformatikk, 2013). Spesielt bruk av tvang ovenfor pasienter som er psykisk syke har vært gjenstand for debatt og kritikk. I Tidsskrift for

Den norske legeforening ble det i 2006 skrevet en kronikk hvor det ble stilt spørsmål vedrørende brudd på menneskerettigheter til pasienter som ble utsatt for tvang (Tidsskrift for Den norske legeforening, 2006). De brukte fortellinger fra pasienter og pårørende fra ulike seminarer som sitt kildegrunnlag. Spesielt punktet vedrørende transport og bruken av håndjern ble opplevd som krenkende, da de færreste som skulle transporteres utgjorde noen fare.

I mai 2005 startet Helse Bergen opp med sitt psykiatriambulansesprosjekt, som året etter ble en permanent tjeneste (Lexau, 2016). Stavanger fulgte opp i 2010 med en lik type ambulanse (Helse Stavanger, 2016).

I 2014 ble transport av psykisk syke løftet opp på et politisk nivå hvor Helse- og omsorgsdepartementet produserte et oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (Oppdragsdokument 2014, 13/2799). Hovedpunktene i oppdragsdokumentet lyder:

- Tjenesten skal sikre verdighet for brukere og pårørende, ha høy faglig kompetanse og være effektiv.
- Tydeliggjøre at helsetjenesten har hovedansvaret for transporten og å redusere omfanget av bruk av politi til pasienttransport.
- Forebygge unødvendige innleggelses i akuttavdeling, dvs. at pasienten/familien så langt det er mulig og faglig forsvarlig får hjelp hjemme eller på kjent DPS-avdeling.
- Etablere et godt samarbeid med kommunale tjenester/legevakt, slik at helhet, samarbeid, oppfølging og behovet for kompetanse blir ivaretatt.

Det er faglige uenigheter mellom prehospital divisjon i Oslo på en side og politiet i Oslo på den andre siden. Det er uenigheten hvorvidt en psykiatriambulanse til slike oppdrag er nødvendig. I Oslo er ledelsen i prehospital divisjon av den oppfatning at vanlig ambulanspersonell utfører denne type oppdrag like godt. Å løse denne type oppdrag skal være i arbeidsporteføljen til ambulanspersonellet og helsetilbudet for akuttpsykiatri er godt nok ivaretatt. Politiet i Oslo mener derimot at de bruker uforholdsmessig store ressurser på psykiatrioppdrag og poengterer at transport av psykisk syke er en oppgave for helsevesenet (Politiforum, 2018).

Konsekvensene av uenigheten er at det er ulikt helsetilbud mellom de største byene i landet. Oslo som har flest antall innbyggere og oppdragsmengde med psykiatri, står uten en

psykiatriambulanse. Vi er av den oppfatning at de akuttpsykiatriske tilbudene i Oslo det refereres til av ledelsen i prehospital divisjon i Oslo og Akershus, har åpenbare svakheter i en prehospital kontekst hvor formålet er å redusere bruken av tvang. Vi vil redegjøre for vårt synspunkt i teoridelen i oppgaven.

Pr dags dato er akuttpsykiatri fortsatt et aktuelt tema og under årets europeiske ambulansekonferanse i Madrid ble akuttpsykiatri i et prehospitalt miljø løftet frem. Psykiater Anne Kristine Bergem var foredragsholder, hvor hun etterlyste større grad av kunnskap om psykiatriske diagnoser, voldsrisiko og tilnærming ovenfor psykiatriske pasienter. I tillegg til å skape en mer jevn likestilling mellom psykiatriske og somatiske sykdommer (Ambulanseforum, 2019).

Vår hypotese er at en spesialisert ambulanse vil redusere bruken av tvang overfor psykiatriske pasienter prehospitalt.

1.3 Begrepsavklaring

- Psykiatriambulanse, vanlig akutt ambulanse, ambulant akuttjeneste og distriktpsykiatriske senter (DPS) utgjør de spesialiserte prehospitaltjenestene innenfor akuttpsykiatri i Norge.

- Akuttpsykiatri, diagnosekriterier og indikasjoner for behandling som omhandler akuttpsykiatri er sykdomsteori og patologi som utgjør grunnlaget for helsehjelpen til pasientene.

- Psykisk helsevernloven er lovbestemmelser som regulerer bruk av tvang ovenfor psykiatriske pasienter.

Ytterligere begreper som benyttes i oppgaven vil bli gjort rede for fortløpende.

1.4 Avgrensning

Akutt psykiatribehandling er et omfattende fagfelt. Vi har valgt å avgrense oppgaven vår til tvang og tvangsbruk ovenfor akuttpsykiatriske pasienter i en prehospital kontekst. Videre avgrensinger vil bli beskrevet fortløpende etter hvert som de dukker opp i oppgaven.

1.5 Søkestrategi

Som bacheloroppgave har vi valgt å skrive en prosjektbeskrivelse. Som grunnlag for prosjektbeskrivelsen har vi gjennomført et systematisk søk etter forskning og faglitteratur som kan belyse problemstillingen. Vi vil benytte oss av fire hovedartikler som vi har hentet ut fra søk i ulike databaser. Vi benytter også pensum og annen litteratur som er aktuell for å underbygge oppgaven vår.

Vi valgte å utarbeide et PICO-skjema for å kunne strukturere og utarbeide spørsmål knyttet til temaet vårt. PICO-skjema under viser hvordan vi delte inn temaet:

Population/patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Pasienter som har psykiatri som grunnkriterie prehospitalt	Psykiatriambulanse som rykker ut til pasientgruppen og tilbyr tidlig intervensjon	Dagens praksis med ordinær akutt ambulanse som løser disse oppdragene	Redusere bruken av tvang

Tabell 1 PICO-skjema

For å kunne finne søkeord knyttet opp mot problemstillingen vår har vi benyttet oss av databasen SweMed+ hvor vi fant passende MeSH ord til bruk i vårt søk. Under følger en tabell med søkeordene vi har benyttet oss av.

Emergency Medical Services	OR	AND
Ambulances		
Police		
Emergency Responders		
Mental Disorders	OR	
Coercion		
Involuntary treatment		
Psychiatry		

Tabell 2 oversikt over søkeord

Vi har gjennomført et systematisk søk i de medisinske databasene Medline (via Helsebiblioteket/OVID) og PsycINFO. Søket ble avgrenset etter publiserte artikler fra 2005 og fram til 2019. Dette på bakgrunn av at psykiatriambulansen i Bergen ble startet opp i 2005 og at vi derfor anser forskning utgitt i etterkant av dette som relevant for vår oppgave. Søket ble ytterligere avgrenset ved å søke etter artikler som omhandler mennesker (humans) og utgitt på engelsk språk. Dette resulterte i:

Database	Treff
Medline	206
PsychINFO	218

Tabell 3 Resultat av søk

De ulike treffene ble gjennomgått ved å lese gjennom overskrifter. Artikler som åpenbart ikke hadde noe treff med vår problemstilling ble ekskludert. Aktuelle treff på overskrifter ble studert videre ved å lese abstraktet. Hvis det var artikler som var av interesse for å belyse vår problemstilling ble hele artikkelen lest igjennom. Ut av søket i Medline og PsycINFO har vi valgt ut fire artikler med relevans for vår problemstilling:

- First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study (Olof Bouveng, Fredrik A. Bengtsson, Andreas Carlborg, 2017)
- Epidemiology of emergency ambulance service calls related to mental health problems and self harm: a national record linkage study (Edward A. S. Duncan, Catherine Best, Nadine Dougall, Silje Skar, Josie Evans, Alasdair R. Corfield, David Fitzpatrick, Isabella Goldie, Margaret Maxwell, Helen Snooks, Cameron Stark, Chris White and Woitek Woicik, 2019)
- Police Mental Health Partnership project: Police Ambulance Crisis Emergency Response (PACER) model development (David Huppert, Matthew Griffiths, 2015)
- The Mental Health Acute Assessment Team: a collaborative approach to treating mental health patients in the community (Steven C Faddy, Kevin J McLaughlin, Peta T Cox, Senthil S Muthuswamy, 2017)

Medline og PsycINFO har fagfelleverderte artikler i sin database. De ulike tidsskriftene som finnes i databasene kvalitets sikrer rapportene og publikasjonene igjennom fagfellevurdering. På bakgrunn av dette anser vi de valgte artiklene som troverdige med tanke på kildekritikk. Litteratormatriser på de 4 utvalgte artiklene ligger som vedlegg 1 i oppgaven.

2.0 TEORETISK GRUNNLAG

2.1 Tvang

Tvang defineres av Store medisinske leksikon som å få noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe enten ved vedtak ved hjemmel i lov, ved urettmessig atferd eller trusler (Store medisinske leksikon, 2018).

Vår definisjon av tvang i en prehospitalet kontekst er når det er behov for bistand og maktutøvelse av politiet.

2.1.1 Juss

Bruk av tvang ovenfor pasienter og brukere i helsevesenet er regulert i lover og forskrifter, blant annet pasient og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og psykisk helsevernloven. Lovreglene skal sikre forsvarlige tjenester til pasienter og brukere, og trekker grenser mellom lovlig og ulovlig tvang. Når det er nødvendig å bruke tvang, skal helse og omsorgstjenesten ta beslutninger om tvangsbruk i tråd med loven. (Fylkesmannen.no, udatert)

Etter vår oppfatning er det lovbestemmelsene i psykiske helsevernloven som regulerer bruk og utførelse av tvang i en prehospitalet kontekst og som regulerer tvangsbruken en psykiatriambulanset er nødt til å utføre. Unntaket er § 7 i helsepersonelloven og straffeloven §18 kapittel 1.

§ 7 i helsepersonelloven gir helsepersonell adgang til å gi øyeblikkelig hjelp, selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke og om pasienten motsetter seg hjelpen (Helsepersonelloven, 1999, § 7). For personellet på en psykiatriambulanset vil det f. eks kunne gi adgang i å hindre en pasient som skader seg selv.

§ 18 i straffeloven er en lovbestemmelse som regulerer nødverge. For at en skal kunne påberope seg nødverge er vi av den oppfatning at to vilkår må være oppfylt. Vilkår en er at handlingen en forsvarer seg mot må anses som ulovlig. Vilkår to er at angrepet må utføres på en interesse. Når vilkårene er oppfylt må handlingen en utfører for å forsvare seg selv, eller sin interesse ikke gå ut over hva som må anses som forsvarlig under hensyn til hvor farlig inngrepet er (Straffeloven, 2005, Kap 1, § 18). For personellet på en psykiatriambulanset tolker vi at lovbestemmelsen gir adgang til å forsvare seg selv, kollegaer og selve ambulansen

mot eventuelle angrep fra en pasient. Forsvaret må stå i samsvar med angrepet en blir utsatt for.

2.1.2 Psykisk helsevernloven

Psykiske helsevernloven er en lov som inneholder detaljerte regler for innleggelse og behandling under tvang av personer med psykiske lidelser. Reglene for tvunget psykisk helsevern finnes i lovens kapittel 3 (Store norske leksikon, 2017).

Vi ønsker å trekke frem § 1-1 og § 4-2 med våre egne kommentarer.

§ 1-1 Formål

Formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1).

§ 4-2 Vern om personlig integritet

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes (Psykisk helsevernloven, 1999, § 4-2)

I forarbeidene til § 4-2 i psykisk helsevernloven står det:

§ 4-2 knesetter som prinsipp at i de tilfeller det er adgang til bruk og restriksjoner og tvang, skal disse tiltakene innskrenkes til det strengt nødvendige (Ot.prp.nr.11, 1998-99, s. 16)

Vi tolker ordlyden i lovbestemmelsene og forarbeidene dithen at formålet med opprettelsen av den psykiske helsevernloven, er å opprettholde et psykisk helsevern som både ivaretar pasientens helse og integritet med minst mulig grad av tvang.

2.1.3 Revisjon av psykisk helsevernloven. Politisk føring for reduksjon av tvang.

I 2006 startet arbeidet med en større revisjon av psykisk helsevernloven. Årsaken til revisjonen var en oppgang i bruken av tvang og at det var et politisk ønske å redusere bruken

av tvang generelt. Et av punktene i forslaget var at manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang. Flertallet i høringsinstansene viste særlig til at det ville styrke pasientens selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet (Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i psykisk helsevernloven mv, 2016-17).

Resultatet var at den 1. september 2017, ble vilkårene for å tvangsinnlegge pasienter endret ved lov. Med mindre pasienten utgjør fare for liv og helse, er ikke sykdomskriteriet alene grunnlag for tvang. Pasienten må i tillegg ikke være samtykkekompetent, og kan motsette seg behandling for sinnslidelse hvis vedkommende er samtykkekompetent (Norsk helseinformatikk, 2019).

Etter at lovendringen ble vedtatt, debatteres det hvorvidt lovendringen har gått langt nok i å redusere bruken av tvang (Psykisk Helse, 2017). En annen side mener resultatet vil være at langt flere psykisk syke vil slutte med medisiner og slippe fysisk ut (Norsk rikskringkasting, 2017). Tall viser at antall tvangsinnleggelses ble redusert med 14% fra andre til tredje kvartal av 2017 som et resultat av lovendringen (Verdens gang, 2018).

Vi er av den oppfatning at lovendringen og nedgangen i tvangsinnleggelses som fulgte, vil føre til at det blir en økning i antall psykisk syke i det offentlige rom. Det er nærliggende å tro at antall oppdrag med psykiatri vil øke i omfang på grunn av lovendringen.

2.2 Etikk

Etikk defineres av Halvor Nordby som handlinger vi bedømmer med evaluerende ord, det vil si ord som tillegger handlinger verdier (Nordby, 2010, s.29). Vår oppfatning av etiske utfordringer i psykisk helsearbeid er når det er tvil, uenighet og usikkerhet om hva som er riktig eller galt, godt eller ondt ovenfor pasienten. Å bruke tvang mot psykiatriske pasienter fører i mange tilfeller til store etiske utfordringer og dilemmaer (Sykepleien, 2019). Det etiske aspektet ved bruk av tvang er utfordrende. Sårbare pasienter er i et avhengighetsforhold til behandlerne og ulike psykiatriske tilstander kan by på store utfordringer med tanke på kommunikasjon og relasjonsbygging.

Innen medisinsk etikk har det de siste årene blitt fremhevet fire grunnleggende etiske prinsipper som bør ligge til grunn i alt helsearbeid og behandling. (Store medisinske leksikon, 2017).

Velgjørenhet	Ikke skade
Selvbestemmelse	Rettferdighet

Det vil oppstå motstridende etiske perspektiver ved bruk av tvang ovenfor psykiatriske pasienter prehospitalt. På den ene siden skal en i størst mulig grad forsøke å møte og etterkomme pasientens menneske- og pasientrettigheter på en rettferdig og velgjørende måte. I tillegg skal en forsøke å behandle med størst mulig grad av frivillighet og pasientautonomi. På den andre siden har en paternalisme, et ansvar for medmennesker og iverksettelse av sikkerhetstiltak og beskyttelse for å hindre skade både på pasient og andre.

Måten akuttpsykiatriske pasienter blir møtt på i dag prehospitalt i Oslo (en akuttambulans i samarbeid med politi) bærer ofte preg av at det ikke er tid eller rom for å sette seg ned å drøfte mulige handlingsalternativer knyttet til etiske utfordringer og tvangsbruk. Vår tanke er at en spesialisert psykiatriambulans vil være godt egnet til å løse dette i tråd med medisinsk etiske prinsipper.

2.3 Akuttpsykiatri

Forfatterne av en klinisk manual for helsepersonell på psykiatriske akuttmottak i USA har valgt å kategorisere akuttpsykiatri i tilstander (f. eks suicidal), istedenfor diagnoser (f. eks emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse). Deres begrunnelse er at det i akuttpsykiatrisk setting er lettere å behandle en tilstand og at mange pasienter som ankommer et psykiatrisk akuttmottak ikke har en diagnose fra tidligere (Michelle & Ravindrath, 2010, s.3).

Vi er av samme oppfatning og kommer derfor til å omtale noen av de mest vanlige akuttpsykiatriske tilstandene. Hovedårsaken til det er at somatiske sykdommer kan gi utslag i psykiatriske symptomer, uten at det foreligger en psykiatrisk grunndiagnose. Et eksempel på det kan være at en hjernetumor gir utslag i psykotiske symptomer som ligner på schizofreni (Lisanby, Kohler, Swanson & Gur, 1998, s.2).

2.3.1 Spesifikke tilstander

Vi har valgt å ta for oss tre vanlige akuttpsykiatriske tilstander som ambulanspersonell ofte møter i en prehospitall setting. Hver tilstand er kompleks og sammensatt. Vi presenterer prevalens for å vise omtrent hvor stor andel av befolkningen som vil rammes og

ambulansetjenesten som er av behov for dem. Vi vil også presentere en utfordring hver enkelt tilstand representerer i dagens helsevesen.

Psykosser

Psykose er en fellesbetegnelse for psykiske sykdommer hvor pasientens oppfatning av virkeligheten er svært forstyrret. Psykose deles inn i grupper etter årsaksforhold, symptomer og forløp. Forløpet er avhengig av hvilken type psykose det er snakk om. 3% av befolkningen vil en gang i løpet av livet få en psykose (Felleskatalogen, 2017).

Helsepersonell på akuttmottak har oversett somatiske lidelser, på grunn av psykotisk atferd. I tillegg har pasienter med en psykiatrisk grunndiagnose, lavere sannsynlighet for å få behandling for sine somatiske lidelser (Michelle & Ravindrath, 2010, s.117,118).

Den suicidal pasienten

I Norge finnes ingen systematisk registrering av selvmordsforsøk (Nasjonalt Senter For Selvmordsforskning – Og Forebygging, Udatert). I USA er det ca 8 til 25 forsøk for hvert vellykkede selvmord, avhengig av demografi og etnisitet (National Institute Of Mental Health, 2017). Hvert forsøk i seg selv, øker risikoen for død og langvarige psykiske og fysiologiske lidelser (Michelle & Ravindrath, 2010, s. 33).

I Norge er det omtrent 500 til 600 personer som tar sitt eget liv hvert år. Snittalderen er 47 år og 2 av 3 er menn (Folkehelseinstituttet, 2017).

Legevakten som av erfaring er første legekontakt for mange med selvmordstanker, har laget retningslinjer for å vurdere risiko. (Legevakthåndboken, 2018).

Til tross for en økt bevissthet rundt risikofaktorer og et betydelig arbeid fra myndighetenes side for å forebygge selvmord, har ikke antall selvmord sunket de siste 15 årene. En gruppe det har vært utfordrende å komme med selvmordsforebyggende tiltak ovenfor, er unge menn med høy mestringsevne. I snitt tar 110 menn under 35 år sitt eget liv hvert år. Et gjennomgående funn i to studier gjort i henholdsvis Norge og Storbritannia, er fraværet av psykisk sykdom og at risikoen for selvmord er blitt ansett som lav. Dette er en gruppe som ikke blir fanget opp av primær- eller spesialisthelsetjenesten og som utfordrer dagens forebyggingsmodell (Tidsskriftet for Den norske legeförening, 2018).

I studien Epidemiology of emergency ambulance service calls related to mental health problems and self harm: a national record linkage study fra Skottland har man gjennomgått

innleggelse av suicidale i den akuttmedisinske kjeden. Studien konkluderer med at økt kompetanse rundt suicidalitet og tilnærming i den akutte fasen, kan redusere mortaliteten ovenfor suicidale som en helhetlig gruppe (Duncan et al., 2019, s.7).

Angst og panikklidelser

Angst er en naturlig emosjon alle føler. Fravær av angst må anses som unaturlig og ikke kompatibelt med et langt liv. Når lidelsen vedvarer og ikke lar seg kontrollere, kan den klassifiseres som patologisk (Michelle & Ravindrath, 2010, s. 144). Angstlidelser er den vanligste psykiske lidelsen i dag og kategoriseres i forskjellige typer. Typen panikkangst gir ofte utslag i legemlige symptomer som gir sykdom eller dødsangst (Store medisinske leksikon, 2014).

Vedvarende episoder med panikkangst forekommer hos mellom 1,5 til 5 % av befolkningen og har høy komorbidet med andre psykiatriske lidelser. 91 % av pasienter med panikklidelser har minst en annen psykiatrisk diagnose (Michelle & Ravindrath, 2010, s. 144).

Pasienter med angstlidelser søker oftere behandling for somatiske plager enn normalbefolkningen. Spesielt pasienter med panikklidelser utgjorde gruppen som benyttet seg av flest helsetjenester og var innoen mange utredninger før de fikk adekvat behandling for sin panikklidelse. Bevissthet rundt panikklidelser har vist seg å være lav blant helsepersonell i somatikken (Deacon, Lickel & Abramowitz, 2008, s.1).

2.4 Psykiatriambulanse som konsept

Bakgrunnen for opprettelsen av psykiatriambulansen i Bergen 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 (NOU 2015: 17, s. 4). Prosjektet startet opp i 2005 og de tre første årene var både bilen og de ansatte i sivil, før de skiftet til farge på bil og uniform for å signalisere at de var en del av helsevesenet. Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien og Mental Helse var positive til tjenesten og mente at stigmatiseringen overfor psykiatriske pasienter ble redusert, ved at helsepersonell transporterte psykisk syke istedenfor politiet (Ambulanseforum, 2009).

I 2010 ble det opprettet samme tjeneste i Stavanger. Tall fra politiet viser at bruken av politibistand og makt har blitt redusert i begge byene som følge av at en psykiatriambulansse er på veiene (Politiforum, 2018).

Konseptet med en psykiatriambulansse har siden oppstarten i Bergen blitt prøvd ut i andre regioner og byer både nasjonalt og internasjonalt. I Trondheim er en slik tjeneste etterspurt, men ikke etablert. Årsaken er at klinikkledelsen i Trondheim er av samme oppfatning som ledelsen i Oslo (Ambulanseforum, 2019).

Vestre Viken opprettet i 2016 et psykiatriambulansseprosjekt med varighet på 6 måneder, som følge av oppdragsdokumentet fra regjeringen i 2014 (Oppdragsdokument 2014, 13/2799). Prosjektet ble evaluert i en kvalitativ studie, hvor forfatteren ønsket å få innsikt i ambulanssearbeidernes og pasientenes opplevelser av den psykiatriske ambulansen, ordinær ambulansse og politiet. Psykiatriambulansen i sin helhet fikk utelukkende positive tilbakemeldinger. Det var også tydelig at flere av ambulanssearbeiderne hadde en opplevelse av at den kompetansen psykiatripersonellet hadde tilegnet seg gjennom utdanning og klinisk erfaring i møte med psykisk ustabile pasienter, gav dem et større handlingsrepertoar på flere områder. Dette gjorde at de hadde en bedre evne til å tilpasse en adekvat intervensjon etter pasientens tilstand og behov (Fuglerud, 2017, s. 57). Etter prosjektet ble det av klinikkledelsen i Vestre Viken, besluttet at tjenesten ikke skulle videreføres.

I 2015 opprettet Stockholm sin versjon av psykiatriambulansen. Tjenesten i Stockholm er å anse som en direkte videreutvikling av tjenesten i Bergen (Bergensavisen, 2015). Prosjektet var en pre-hospital psykiatrisk tjeneste, med fokus på suicidal problematikk og akuttpsykiatriske tilstander. Tradisjonelt hadde politiet utført mange av de oppdragene. Første året i drift hadde ambulansen 1580 henvendelser, hvor det ble rykket ut til 80 %. 36 % av oppdragene besto av suicidalvurdering, 25% psykiatrivurdering, 18 % akutt krise og 6 % forsøk på selvmord (Bouveng, Bengtsson, Carlborg, 2017). Etter prosjektet er tjenesten blitt permanent og har fått internasjonal oppmerksomhet. En direkte oversatt uttalelse fra en ansatt: ”Når vi tenker tilbake på dette, så spør vi oss selv hvorfor har vi ikke startet opp tidligere” (Vice News, 2016).

2.5 Oslo i dag

Ved folketelling første kvartal i 2019 er det bosatt 683 794 innbyggere i Oslo kommune.

Etter beregninger for neste tiår fram mot 2030 forventes det en økning i innbyggertall til 759 158. (Statistisk sentralbyrå, 2019). Det er nærliggende å tro at antall psykiatriske ambulanseoppdrag vil øke i takt med befolkningsveksten.

Oslo har akutte ambulante team som er tilknyttet hvert sitt distrikt psykiatriske senter. De akutte ambulante enhetene har til funksjon å følge opp pasienter som er tilknyttet deres senter (Oslo universitetssykehus, udatert). Av personlig erfaring er det ulik praksis i hvor omfattende oppfølging enhetene tilbyr sine brukere. Teamene har sin funksjon til vanlig kontortid og opererer med henvisningsplikt og egenandel for brukerne. De må ikke sammenlignes med en ambulanse, til tross for navnelikheten. Erfaringer fra Jæren DPS, som har hatt et ambulante team siden 2007 viser at det er tvilsomt om funksjonen har redusert antall innleggelser. Noe av årsaken tilskrives henvisningsplikten og åpningstidene, som reduserer den akutte funksjonen til teamet (Tidsskriftet, 2018).

Unikt for Oslo er en psykiatrisk legevakt som er et lavterskeltilbud for mennesker i krise. Legevakten er bemannet av psykiatere og psykologer, som tilbyr samtalerterapi og vurdering for videre innleggelse og behandling til Oslos innbyggere. Legevakten er bemannet fra 16:00 til 22:00, mandag til lørdag (Oslo universitetssykehus, 2019). Psykiatrisk legevakt har et samarbeid med et akutt sosialt team, som har en oppsøkende virksomhet til mennesker i krise. Teamet rykker ut, tilbyr krise og akutt sosial hjelp. Teamet har døgnåpen drift (Oslo kommune, udatert).

I Stockholm var det flest utrykninger mellom 21:00 og 22:00, med en økning utover kvelden og forfatteren etterspør om det er behov for flere enheter. Stockholm har i likhet med Oslo, akutt sosiale ambulante team. Likevel rykket psykiatriambulansen ut på 1500 hasteoppdrag (Bouveng et al, 2017, s. 71, 72).

Psykiatrisk legevakt er stengt i tidsrommet det er størst behov for akuttpsykiatrisk kompetanse. Akutt sosialt team, har ingen utrykningskompetanse og er en enhet for nesten 700 000 innbyggere. En psykiatriskambulans må ses på som en supplerende og ikke overlappende tjeneste sammen med dagens tilbud.

3.0 PROBLEMSTILLING OG PROSJEKTETS MÅL

3.1 Redegjørelse for valg av problemstilling og tema

Vår problemstilling er som følger: Vil en psykiatriambulanses med utgangspunkt etter PAM-modellen i Stockholm, redusere bruken av tvang prehospitalt?

Vi har valgt å konkretisere potensialet til prosjektet i et primær- og sekundærmål. Det primære målet er å redusere bruken av tvang ovenfor pasienter prehospitalt. Det er en målsetning som lar seg måle i en vitenskapelig forankret metode.

Sekundærmålene blir presentert under 3.1.2 Potensialet til prosjektet. Målene må anses som ambisjoner og potensiale til videre forskning og arbeid i utviklingen av prehospital psykiatri behandling.

Psykisk helsevern er et komplekst tema som har mange sider, følelser og meninger. Vår intensjon har vært å belyse omfanget og sette søkelys på tvangaspektet.

3.1.1 Tidligere forskning

En psykiatriambulanses er et relativt nytt konsept og forskning rundt tematikken prehospital psykiatri har ikke vært omfattende.

I løpet av oppgaven har vi presentert forskningsmateriale hvor vi har funnet det relevant. Vi har vist til at psykiatriambulansen i Bergen siden oppstarten er blitt tatt godt imot av pasienter, interesseorganisasjoner for psykisk helse, politiet og helsevesenet som helhet. 14 år med drift viser at psykiatriambulansen etter all sannsynlighet er kommet for å bli.

Selv om psykiatriambulansesprosjektet i Vestre Viken utelukkende fikk positive tilbakemeldinger og kompetansen til de ansatte ble løftet frem, ble tjenesten ikke videreført. Kost/ nytte-vurderinger og likt behandlingstilbud til Vestre Viken sitt ansvarsområde ble beskrevet som årsaker til nedleggelsen (Fuglerud, 2017, s. 59). Psykiatriambulansen i innlandet ble også lagt ned etter sin prosjektperiode. Lav oppdragsmengde og store geografiske avstander innenfor innlandet sitt ansvarsområde, gjorde ikke videre drift forsvarlig med tanke på et kost/nytte-perspektiv (Ambulanseforum, 2017).

I Stockholm viser tall på innleggelser at 78 % av pasientene som ble innlagt og transportert av psykiatriambulansen, fikk videre innleggelse og behandling. Politiet har som hovedsak ikke ressurser, eller kompetanse til å vurdere en innleggelse og behandler et psykiatrioppdrag som

en transport som effektivt skal la seg fullføre for å frigjøre seg til videre oppdrag. Spørsmålet er om flere av pasientene som blir transportert av politiet ikke er innleggelsestrengende, og om en psykiatriambulans vil føre til en reduksjon av innleggelser da flere kan behandles på et lavere omsorgsnivå. Forfatteren av studien etterlyser videre forskning rundt dette spørsmålet (Bouveng et al, 2017, s. 72).

I Australia har det de siste årene satt søkelys på problemstillinger knyttet til psykiatri i prehospitalt miljø. Det er blitt valgt forskjellige modeller og metoder for å imøtekomme problemstillingene. Effekten av modellene er blitt vurdert.

I Sydney var en av modellene å sette opp en ambulans med et personell som er utdannet innenfor akuttmedisin og et annet som har bakgrunn innenfor psykisk helse. Målsetningen var å følge LEON prinsippet om lavest mulig omsorgsnivå for psykiatriske pasienter. Tesen var å se om en kombinasjon av psykiatrisk og somatisk kompetanse ville redusere unødvendige innleggelser til somatiske akuttmottak. Resultatet var at 70 % av pasientene ble transportert direkte til en psykiatrisk institusjon. Det blir ikke opplyst om hvor stor differanse det var fra tidligere, men de konkluderer med LEON prinsippet i større grad blir fulgt med bemanningen (Faddy, McLaughlin, Cox & Muthuswamy, 2015, s. 262, 265).

I Melbourne valgte man en modell hvor en politipatrulje var bemannet med en politibetjent og et helsepersonell med psykiatrisk bakgrunn. Hensikten var å få en bedre interaksjon med mennesker i krise og unngå unødvendige turer til mottak for psykiatrivurderinger. Resultatet med prosjektet var en målbar økning i opplevd positiv interaksjon av mennesker i krise og en reduksjon i innleggelser på mottak (Huppert & Griffiths, 2015, s. 521, 522).

3.1.2 Potensialet til prosjektet

Hovedpotensialet som prosjektet ønsker å innfri, er å øke pasientmedvirkningen og redusere bruken av tvang i forbindelse med transport av psykisk syke. Statistikk fra Bergen, Stavanger og Stockholm som er presentert i teoridelen, viser at bistand fra politiet blir redusert i byene hvor det er en psykiatriambulans i drift.

Vi har presentert juridisk teori som viser lovgivers intensjon om å redusere bruken av tvang ovenfor pasienter med psykiske lidelser. Revisjon av psykisk helsevernloven viser at det er en trend for en videre liberalisering av lovgivingen. Et politisk ønske om videre reduksjon av tvang i fremtiden anser vi som aktuelt. Å ivareta et psykisk helsevern som verner samfunnet og ivaretar pasientenes helse med minst mulig grad av tvang, er utvilsomt et utfordrende

samfunnsoppdrag. Selv om et samfunnsansvar er utfordrende, er det statens ansvar å etterstrebe at lovbestemmelsene blir fulgt. Vi er av den oppfatning at en spesialisert ambulanse etter PAM modellen vil imøtekomme lovbestemmelsene i større grad enn dagens praksis, slik vi tolker og har presentert lovverket. Det er blitt vist til forskning som viser sammenhengen mellom kompetanse/erfaring innenfor psykiatri og pasientmedvirkning. Reduksjon av politibistand og økt pasientmedvirkning må etter forfatterens syn anses som sannsynlig ilt prosjektperioden.

Prosjektene i Vestre Viken og Innlandet, indikerer at en psykiatriambulanse er avhengig av begrenset geografisk ansvarsområde og kortere reiseveier, i tillegg til en befolkning som produserer en viss oppdragsmengde, for å være bærekraftig. Oslo er en by som har en demografi og geografi som gjør driften av en psykiatriambulanse forsvarlig fra et kost/nytte perspektiv. Med en forventet befolkningsvekst og endring i lovverket er det nærliggende å tro at det vil være et økende behov for akuttpsykiatriske tjenester.

I teoridelen har vi presentert de mest vanlige akuttpsykiatriske tilstandene. For hver av tilstandene har vi i tillegg valgt å presentere en utfordring vi mener dagens helsetilbud ikke dekker. Det er vår ambisjon at en psykiatriambulanse vil kunne bidra til å utfylle noe av dette tomrommet. Vi har valgt å presentere utfordringene som sekundærmål.

Psykose

Vi er av den oppfatning at en psykiatriambulanse og kompetansen den bringer, vil få et mer komplett bilde av psykosen sin natur og opprinnelse. På bakgrunn av anamnese, tegn, symptomer og økt kompetanse vil man kunne yte bedre pasientbehandling. Dette vil komme pasienten til gode i det videre behandlingsforløpet.

Suicidalitet

Under tilstanden suicidalitet presenterte vi gruppen unge menn med høy mestringssevne, som representerer en høy andel av de som velger å avslutte sitt liv. Dette er en gruppe primær- og spesialisthelsetjenesten har utfordringer å komme i kontakt med. Det er vår ambisjon at en psykiatriambulanse, sammen med fastlege, legevaktjenesten og pårørende vil ha et større potensial til å rykke ut og foreta en selvmordsrisiko vurdering av denne gruppen, i tillegg til å kunne tilby tidlig intervensjon i behandlingen.

Angst og panikklidelser

Som presentert i teoridelen representerer pasienter med panikklidelser seg som større brukere av helsetjenester enn normalbefolkningen. Bruken kan i stor grad tilskrives symptombildet som gir legemlige symptomer, samt lite oppmerksomhet rundt panikklidelser generelt blant helsepersonell. Resultatet er store kostnader for samfunnet og stor belastning på helsevesenet generelt. Primærbehandling for panikklidelser er å berolige og trygge pasienten. Videre behandling kan følges opp av fastlege (Legevakthåndboken, 2018).

Det er vår oppfatning at en psykiatriambulansse med kompetanse både innenfor psykiatri og somatikk kan være en effektiv ressurs ovenfor denne pasientgruppen, og redusere antall innleggelser på somatiske legevakt og akuttmottak. Vi har vist til publisert litteratur fra Australia som støtter vår påstand.

4.0 METODE

Vi ønsker å undersøke om PAM modellen fra Stockholm kan benyttes i Oslo for å oppnå reduksjon av tvangsbruk ovenfor psykiatriske pasienter prehospitalt. Vi vil videre i dette avsnittet gjøre nærmere rede for den metodiske tilnærmingen til prosjektet.

4.1 Forskningsdesign – Kvalitativ Metode

I dette prosjektet velger vi å benytte et kvalitativt casedesign som forskningsdesign. I en casestudie henter forskeren inn mye informasjon om noen få enheter over kortere eller lengre tid gjennom detaljert og omfattende datainnsamling. (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 80) Prosjektet vil undersøke en enhet (psykiatriambulansen med tanke på tvangsbruk) innenfor en avgrenset kontekst (prehospitalt).

Kvalitativ metode er særlig hensiktsmessig hvis vi skal undersøke fenomener som vi ikke kjenner særlig godt, og som det er forsket lite på, og når vi undersøker fenomener vi ønsker å forstå mer fyldigere (Johannessen et al., s.28). Vi er i dette prosjektet ute etter dybdeforståelse av problemstillingen vår og vi anser derfor kvalitativ metode som et godt egnet forskningsdesign for å kunne besvare dette. Designet gir muligheten for å gå i dybden og intervjuet et lite antall informanter. Informantene som intervjues kan bidra med praktisk rettet erfaring men også en stor grad av ny og utviklende informasjon og kunnskap innenfor temaet. En av de store fordelene ved anvendelse av kvalitative forskningsmetoder er at det kan åpne for ny og uventet kunnskap som på sin side danner grunnlag for nye problemstillinger. (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). En kvalitativ studie som undersøker denne problemstillingen vil kunne danne et grunnlag for videre utvidet forskning på prehospitall psykiatribehandling og hvordan dette bør utvikles og organiseres i fremtiden.

Som alternativ metode kunne også et kvantitativt forskningsdesign ha blitt benyttet. Kvantitativ forskning har til hensikt å kartlegge utbredelsen av det man undersøker (Johannessen et al., s 29). Siden vi er ute etter å utarbeide en dybdeforståelse av en psykiatriambulanses tvangsbruk anser vi kvantitativ studie som mindre egnet forskningsdesign for gjennomføring av dette prosjektet. Det skal likevel nevnes at en kvalitativ studie kan ligge til grunn for senere kvantitativ forskning på området.

4.2 Psykiatriambulanse Oslo 2020

4.2.1 Prosjektgruppe

Det skal nedsettes en prosjektgruppe for psykiatriambulanse Oslo 2020 prosjektet. Denne skal være tverrfaglig sammensatt for å dekke relevante fagområder og dermed styrke prosjektet. Prosjektgruppen skal bestå av de to forskerne som leder prosjektet, stasjonsleder ved sentrum ambulansestasjon Oslo Universitetssykehus (OUS), avdelingsleder for akuttpsykiatrisk mottak OUS, leder for Oslo psykiatriske legevakt og en representant fra Oslo politidistrikt. Disse representerer yrkesgrupper som paramedic, psykiater, psykiatrisk sykepleier og politi. Brukermedvirkning i prosjektet vil bli ivaretatt gjennom en representant fra organisasjonen Mental Helse.

4.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

- Geografisk avgrensning: Oslo
- Pasienter \geq 18 år.
- Både planlagte og akuttpsykiatriske oppdrag prehospitalt.
- Kriteriene for utkall av psykiatriambulansen følger kriteriene for psykisk lidelse/selvordsforsøk i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp 2018. Her gjengis en oversikt over hovedpunktene for kriteriet. (Hele indeksekriteriet ligger som vedlegg 5 i oppgaven):
 - o Alvorlig selvmordsforsøk.
 - o Alvorlig trussel om selvmord.
 - o Fare for alvorlig vold.
 - o Selvpåført, mindre alvorlig skade/forgiftning. Våken og puster normalt.
 - o Mistanke om alvorlig sinnslidelse.
 - o Truer med selvmord.
 - o Ber om å få snakke med lege eller andre som kan hjelpe. Er deprimert eller har selvmordstanker.
 - o Plutselig angst og følelse av ikke å få luft (hos ung og ellers frisk person).
 - o Oppfører seg unormalt, men er ellers rolig og grei.
 - o Deprimert, men har ikke selvmordstanker.
 - o Ber om å få snakke med lege.

- Der hvor det er uklarhet over telefon om det er behov for en akutt ambulans e i oppdraget rykker en akutt ambulans e eventuelt en single-enhet ut som first responder. Hvis personellet på akutt ambulansen finner det hensiktsmessig at dette oppdraget løses av psykiatriambulansen kontaktes denne som bistand og akutt ambulansen kan meldes ledig på stedet.

4.2.3 Bemanning og rollefordeling

Psykiatriambulansen skal være døgnbemannet med tre personer, en paramedic og to psykiatriske sykepleiere. Paramedicens rolle på psykiatriambulansen er å være fartøysjef, gjennomføre utrykningskjøring og ha det akuttmedisinske ansvaret. Psykiatrisykepleiernes ansvar er å stå for hovedkontakten og behandlingen av den akuttpsykiatriske pasient.

Bemanningen av denne psykiatriambulansen skal være et samarbeidsprosjekt mellom sentrum ambulans stasjon i OUS som må fristille personell til paramedic-stillingene og psykiatrisk akuttmottak OUS som må fristille psykiatrisk sykepleier stillingene. Kandidatene som skal arbeide på psykiatriambulansen vil få innvilget permisjon fra sine stillinger i OUS til å delta i prosjektet. Vi vil holde et utfyllende informasjonsinnlegg om prosjektet og prosjektets mål på personalmøte hos sentrum ambulans stasjon og ved psykiatrisk akuttmottak OUS. I tillegg vil det gjennom stasjonsleder ved Sentrum ambulans stasjon og avdelingsleder ved psykiatrisk akuttmottak OUS bli distribuert en informasjonsmail til de ansatte om psykiatriambulans e Oslo 2020 prosjektet. De som ønsker kan melde sin interesse for prosjektet gjennom en skriftlig søknad hvor det videre er prosjektgruppen som står for ansettelsen av de aktuelle kandidatene. Det er en forutsetning at psykiatripersonalet som skal bemanne psykiatrisk sykepleier stillingene, har lang fartstid fra akuttpsykiatri og bred kompetanse innen akuttpsykiatriske tilstander og behandling av disse. Psykiatriambulansen skal totalt bestå av 15 ansatte i 100% stilling. 5 paramedic-stillinger og 10 psykiatrisk sykepleier-stillinger.

I tillegg skal det opprettes en bakvaktordning med en psykiater for psykiatriambulansen. Denne bakvaks tordningen skal være tilgjengelig for konferering over telefon under Oslo psykiatrisk legevakt sine åpningstider. Dette skal være et samarbeid med psykiatriavdelingen ved Oslo legevakt, hvor det er vakthavende psykiater som skal fungere som bakvakt for psykiatri ambulansen.

4.2.4 Opplæring og opplæringsplan

Før prosjektperiodens oppstart vil de ansatte få en ukes opplæring i ulike arbeidsmetoder og fokusområder som denne psykiatriambulansen skal benytte seg av. Opplæringen vil bestå av (i parentes fremkommer det hvem som vil stå for opplæringen):

- *Mandag*: Konflikthåndtering (Representant fra Oslo Politidistrikt)
- *Tirsdag*: Kommunikasjon og deeskaleringsteknikker (Personell fra Akutt psykiatri OUS)
- *Onsdag*: Opplæring i lover/forskrifter tilknyttet akutt psykiatri og tvang (Helsejurist)
- *Torsdag*: Opplæring i PAM modellen fra Stockholm og dens tenkte rolle inn i den prehospitale tjenesten i Oslo (Forskerne i prosjektet)
- *Fredag*: Kartleggingsverktøy for bruk i vurdering av akutt psykiatriske pasienter. MADRS – Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale og Brøset Violent Checklist. (Forskerne + leder for psykiatrisk legevakt).

Vi vil holde et innlegg på personalmøtet til AMK i forkant av prosjektperioden med informasjon om prosjektet og hvilke kriterier som skal danne grunnlag for å sende psykiatriambulansen (se inklusjon og eksklusjonskriterier). Det vil også utarbeides et informasjonsskriv til de ansatte ved AMK som distribueres via personalmail.

Det avholdes flere ganger i året fagdager for ambulansestasjonene i Oslo med ulike foredrag og praktiske øvelser. Vi vil i forkant av prosjektet være deltakende på disse fagdagene og holde foredrag med informasjon om prosjektet. Det vil også gjennom de ulike stasjonslederne bli sendt ut et informasjonsskriv til alle ansatte som jobber i prehospital divisjon i Oslo og Akershus med informasjon om prosjektet og hva psykiatriambulansen er og dens tiltenkte rolle. Det er viktig for prosjektets gjennomføring at alle de ansatte i prehospital tjeneste får tilstrekkelig med informasjon og blir klar over psykiatriambulansens funksjon og rolle i Oslo.

4.2.5 Kartleggingsverktøy for bruk i vurdering av pasient

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale –MADRS.

Psykiatriambulansen skal benytte MADRS som er et anerkjent skåringsverktøy for å kartlegge depresjon og suicidfare. MADRS ble utviklet og publisert for første gang i 1979 av Marie Åsberg og britten Stuart A. Montgomery (Store Medisinske Leksikon, 2018). 10 emner

kartlegges hvor det er ni spørsmål som stilles til pasienten og ett som observeres av psykiatriambulansens personell. Hvert emne graderes fra 0-6, maksskår er 60. Hovedpunktene i MADRS følger under. Hele MADRS er vedlagt om vedlegg 4 i oppgaven.

1. Synlig tristhet (Observeres)
2. Tristhet
3. Indre Spenning
4. Redusert nattesøvn
5. Svekket appetitt
6. Konsentrasjonsvansker
7. Initiativløshet
8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner
9. Depressivt tankeinnhold
10. Suicidaltanker

Anbefalte tiltak ut i fra skår:

- 12-20: Pasienten kan ha nytte av antidepressive midler i tillegg til samtaler
- ≥ 20 : Mange vil ha nytte av medikamentell antidepressiv behandling, såfremt depresjonen har vart i minst 2 uker og ikke skyldes sorg
- ≥ 35 : vurder innleggelse, eventuelt henvisning til distrikts psykiatrisk senter (DPS) eller spesialist
- Suicid skår ≥ 4 vurder innleggelse uavhengig av sum skår

Det er en legeoppgave å skrive ut medikasjon. Er det indikasjon for at pasienten trenger medisiner i behandlingen skal dette gjøres enten av psykiatrisk legevaktslege, lege ved akutt psykiatrisk mottak eller ved DPS.

Brøset Violence Checklist (BVC).

BVC ble utviklet på starten av 1990 tallet av klinikere ansatt ved Brøset som er en avdeling under St Olavs hospital i Trondheim som driver med tjenester innen psykisk helsevern, rettsvesen, fengsel og kriminalomsorg. (Dagens Medisin 2015). BVC skal benyttes av

psykiatriambulansen og er et godt validert skåringsverktøy for å vurdere risiko for nært forestående vold og som er i bruk over hele verden. (Helsebiblioteket 2013). BVC sjekklisten skal hjelpe personellet på psykiatriambulansen å kunne forutse voldelig og aggressiv atferd. Dette vil øke bevisstheten rundt sikkerhet både for psykiatriambulansens personell og pasientene. Det vil også kunne være med på å bestemme en adekvat tilnærming og behandling ovenfor pasientene. Pasienten skåres når en er i kontakt med pasienten. Fravær av symptom/atferd gir 0 poeng, tilstedeværende atferd skåres med 1 poeng og maksskår er 6 poeng. Skår for hvert punkt summeres for en totalskår.

- Er vedkommende *forvirret*?
- Er vedkommende *irritabel*?
- Har vedkommende en *støyende atferd*?
- Kommer vedkommende med *verbale trusler*?
- Kommer vedkommende med *fysiske trusler*?
- Viser vedkommende tegn til *slag, spark etc mot gjenstander*?

Tiltak ut i fra skår

- 0 = Det er liten risiko for vold
- 1-2 = Det er moderat risiko for vold. Preventive forholdsregler bør tas.
- over 2 = Det er høy risiko for vold. Preventive forholdsregler må tas og planer for hvordan å møte et eventuelt angrep legges.

4.2.6 Oppsett og operativ ledelse

Psykiatriambulansen skal være utstyrt med 3 stoler og et bord bak i sykekupeen. Det skal være et akuttpsykiatrisk terapirum etter PAM modellen i Stockholm. Målet med dette oppsettet er at det skal være et samtalerom hvor en skal bruke tid til å oppnå god kontakt, forståelse og samarbeide med pasienten. Prosjektet vårt går ut på å undersøke om dette oppsettet og denne tilnæringsmåten ovenfor akutt psykiatriske pasienter vil kunne redusere bruken av tvang ovenfor denne pasientgruppen.

Vi anser det som hensiktsmessig for å kunne forske på problemstillingen vår at denne psykiatriambulansen er døgnbemannet i seks måneder syv dager i uken. Andre byer som har eller har forsøkt psykiatriambulanse har hatt åpningstider på tilbudet og har ikke vært i drift alle dagene i uken. Vi mener det er viktig for kartleggingen av problemstillingen at denne

psykiatriambulansen ikke har åpningstider da mange aktuelle oppdrag for prosjektet kan finne sted utenfor åpningstidene.

Psykiatriambulansen skal være stasjonert ved sentrum ambulansestasjon og være døgnbemannet med 12 timers vaktordning. Dagvakt er fra 08-20 og nattevaktene fra 20-08.

Det er AMK sentralen i Oslo/Akershus som koordinerer psykiatriambulansen.

4.3 Rekrutering, datainnsamling og intervju

4.3.1 Rekrutering

I dette prosjektet ønsker vi å innhente data fra personer som har erfaring med denne psykiatriambulansens grad av tvangsbruk i møte med den akutt psykiatriske pasient prehospitalt. Vi mener personellet som har jobbet, vært ute i gata og gjort seg erfaringer i seks måneder er gunstige informanter for å kunne få dybdeinformasjon på dette.

Brukerperspektivet i prosjektet vil bli ivaretatt av brukerrepresentanten fra Mental Helse i prosjektgruppen.

Under rekruteringen av personell til psykiatriambulansen blir aktuelle kandidater informert om at det skal gjennomføres en 6 måneders prosjektperiode av psykiatriambulansen med påfølgende intervju i etterkant. Ved prosjektansettelse får deltakerne grundig informasjon om prosjektet og signerer på en kontrakt til frivillig deltakelse i studien. Det vil være hensiktsmessig å intervju alle de 15 ansatte ved psykiatriambulansen for å kartlegge problemstillingen vår best mulig.

4.3.2 Datainnsamling

Intervju og observasjon er to vanlige måter å innhente data i kvalitative studier. Observasjon krever mye ressurser og kan ofte by på etiske og praktiske utfordringer som hvor skal man observere, hva man skal observere og at det direkte kan gå ut over kommunikasjonen mellom personell og pasient at det er noen som står og observerer det hele. På bakgrunn av dette har vi valgt å samle inn kvalitative data i dette prosjektet i form av intervjuer.

Intervju er en fleksibel metode som kan brukes nesten overalt og gjør det mulig å få fylldige og detaljerte beskrivelser av det vi studerer. (Johannessen et al., s 145). Det er hensiktsmessig å gjennomføre intervjuene når personellet på psykiatri ambulansen har erfaringene friskt i minne. Gjennomføring av intervju og transkribering til tekst skal derfor gjennomføres i løpet av de seks første ukene etter prosjektperioden til psykiatriambulansen er gjennomført.

4.3.3 Intervju

4.3.3.1 Forberedelser

Informantene kontaktes for første gang i forbindelse med ansettelsen til psykiatriambulansen. Ved ansettelse skrives det under på et skjema for frivillig deltakelse i studien og til intervju. Det er en forutsetning for gjennomføring av dette prosjektet at informantene som skal arbeide på psykiatriambulansen også er deltakende i intervju i etterkant. En må her også ta høyde for at noen kan ønske å trekke seg fra deltakelse i prosjektet i løpet av prosjektperioden. Vi har derfor satt oss et minimums krav på gjennomføring av 10 intervjuer. Prosjektet kan tåle et frafall av inntil 5 informanter, går det videre ut over dette må nye informanter rekrutteres for at prosjektet skal kunne gjennomføres med et tilstrekkelig antall informanter. Hver informant skal tildeles en egen dag for gjennomføring av intervju.

Det er ulike måter å gjennomføre intervjuer på, både enkeltvis og i grupper. I dette prosjektet skal intervjuet gjennomføres enkeltvis. Begrunnelse for dette er at hver informant skal få mulighet til å komme med sine egne tanker uten påvirkning fra andre under intervjuet. Selve intervjuet kan gjennomføres ansikt til ansikt, via epost eller telefon. I dette prosjektet skal intervjuene gjennomføres ansikt til ansikt og finne sted hjemme hos de ansatte som har jobbet på psykiatriambulansen. Dette for på best mulig måte skape en trygg og avslappet stemning slik at informanten kan dele personlige tanker og erfaringer under intervjuet. Hvis noen av informantene ikke ønsker at intervjuet skal gjennomføres hjemme hos dem skal egnet grupperom ved Oslo Universitetssykehus benyttes. Varighet på selve intervjuet er situasjonsavhengig og kommer an på hvor mye informasjon informanten sitter med og ønsker å dele. Det er satt av en til en og en halv time for gjennomføring av hvert intervju. Registreringen av svarene til informanten skal gjøres via lydbåndopptak (diktafon) supplert med notater.

Det skal gjennomføres semistrukturerte dybdeintervjuer. Dette er en delvis strukturert intervjueteknikk hvor en intervjuguide er utarbeidet, men spørsmålene og rekkefølgen på spørsmålene kan variere, og en kan hoppe frem og tilbake mellom de ulike temaene som er forberedt. Vi anser det å utarbeide en intervjuguide som en kvalitetssikring av intervjuene. Ved hjelp av en forberedt intervjuguide vil vi ha en gjennomtenkt plan på hva vi ønsker å intervju informantene om, og for å kvalitetssikre at vi får stilt alle de spørsmålene vi er ute etter å få undersøkt i prosjektet.

4.3.3.2 Intervjuguide

Det er utarbeidet en intervjuguide som skal benyttes under intervjuene i dette prosjektet.

Spørsmålene som stilles vil være de samme til alle informantene, men det vil være to ekstra spørsmål til de som er ansatt som paramedic. Dette er på grunn av at paramedicene vil kunne ha et grunnlag for å si noe om forskjellen mellom bruk av denne psykiatriambulansen og vanlig akutt ambulanse i møte med akutt psykiatriske pasienter. Under følger hovedtemaene det vil bli stilt spørsmål ut i fra under intervjuet:

- Tvangsbruk
- Bruk av ulike psykiatriske scoringsverktøy
- Kommunikasjon
- Sikkerhet
- Annet

Intervjuguiden i sin helhet følger som vedlegg 2 i oppgaven.

4.3.3.3 Gjennomføring og etterarbeid av intervju

Det er et overordnet mål under gjennomføringen av intervjuene at informantene skal få snakke ferdig uten alt for mye innblanding av intervjueren. Dette fordi det primært er informantenes dypere innsikt i denne psykiatriambulansens arbeidsmetode vi er ute etter å måle og om dette gir en reduksjon i tvangsbruk. Det er satt av inntil en og en halv time til hvert intervju så hvis det i løpet av intervjuet skulle dukke opp temaer eller spørsmål som ikke står i intervjuguiden kan en tillate at informanten snakker ferdig om dette hvis det ansees som relevant for prosjektets mål. Dagen etter at intervjuet er gjennomført skal lydbåndopptaket transkriberes til tekst. Teksten skal lagres på egne forskningsservere. Lydbåndopptaket slettes i etterkant av at dette er gjennomført.

4.4 Analyse av data

I etterkant av 15 intervjuer som er blitt transkribert til tekst er datamaterialet en sitter igjen med stort. Det er derfor nødvendig å organisere dataene som er innhentet slik at det blir til et mer angripelig materiale før analysen starter.

Datamaterialet skal deles inn i kategorier ut i fra hva som kommer fram i svarene til informantene. Tanken bak kategorisering er at forskeren benytter et sett med kategorier systematisk og konsekvent på hele datamaterialet (Johannessen et al., s 165). I organiseringen av datamaterialet tar vi for oss et og et spørsmål i intervjuguiden. Inndelingen skal også skille

på informantenes rolle på psykiatriambulansen. Paramedicenes svar blir samlet for seg og de psykiatriske sykepleiernes svar for seg. Deretter ser vi på hva de ulike 15 informantene svarte på det gitte spørsmålet.

Hvis det er enkeltord eller beskrivelser som går igjen hos informantene vil disse kunne danne grunnlaget for kategoriseringen. Er det forskjeller på svarene til paramedicene og de psykiatriske sykepleierne? En kan på denne måten se om en kan trekke noen felles retning eller konklusjon ut av svarene til informantene på det aktuelle spørsmålet. Dette gjøres på alle spørsmålene i intervjuguiden. En vil da kunne sitte igjen med delkonklusjoner innenfor hver kategori.

Målet med å analysere de fremkomne data er å avdekke et budskap eller en mening, å finne et mønster i datamaterialet (Johannessen et al., s 162). Delkonklusjonene fra den kategoriske inndelingen skal studeres ut i fra problemstillingen. Vi har valgt å dele problemstillingen inn i 3 punkter slik at problemstillingens 3 hovedpunkter har fokus i analysen.

- Bruken av psykiatriambulansen ovenfor akutt psykiatriske pasienter.
- Reduksjon av tvangsbruk ved bruk av denne psykiatriambulansen.
- Psykiatriambulansen etter PAM modellen.

Neste steg blir å identifisere og å plukke ut hvilke spørsmål og svar fra informantene som har størst betydning for å kunne svare på de 3 hovedpunktene av problemstillingen over. Var det faktorer som gjorde reduksjon av tvang mulig og på hvilken måte samhandlet personellet på psykiatriambulansen med den akutt psykiatriske pasient når redusert tvangsbruk ble oppnådd? Deretter gjøres en systematisk analyse av det som kommer fram under disse spørsmålene for å kunne besvare problemstillingen.

Resultatet av denne kvalitative studien skal brukes til å forfatte en rapport og artikkel som publiseres. Rapporten sendes ut til alle helseforetak og ambulansetjenester i Norge.

Stasjonsledere skal deretter sende rapporten ut via email til alle ansatte på sin respektive ambulansestasjon slik at denne kunnskapen når ut til alle som jobber i prehospital ambulansetjeneste i Norge. Det skal også lages en kort videopresentasjon av funnene i prosjektet som kan sendes ut til interessenter både nasjonalt og internasjonalt og som kan benyttes i arbeidet med utvikling av psykiatriambulanser nasjonalt og internasjonalt.

Artikkelen og resultatene vil kunne være med på å gi økt fokus og utvikling av psykiatriske behandlingstilbud til bruk i møte med akutt psykiatriske pasienter prehospitalt.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Etiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker, spesielt ved datainnsamlingen. (Johannessen et al., s 84). Det er derfor viktig å sikre informantenes anonymitet og gjenkjenning. Datainnsamlingen i dette prosjektet tas opp på diktafon og opptak hvor en hører stemmer anses som noe som kan identifisere informanten. For å ta hensyn til dette skal opptakene slettes rett etter transkribering.

Informantene får før oppstart av studien god informasjon om studiens hensikt og hvordan den skal gjennomføres. Videre skal informantene skrive under på et informert samtykke om frivillig deltakelse til studien med mulighet for å trekke seg hvis vedkommende ikke lenger ønsker å delta. Hvis informasjon fra informantene som kan identifisere vedkommende skal gjøres tilgjengelig for andre skal informanten gi samtykke til dette. Alle opplysninger som kommer frem under datainnsamlingen skal behandles konfidensielt og i tråd med god forskningsetikk.

I dette prosjektet kan enkeltpersoner identifiseres, men opplysningene som innhentes er ikke sensitive i henhold til personopplysningsloven. Dermed er prosjektet ikke underlagt konsesjonsplikt. Datainnsamlingen skal lagres elektronisk og prosjektet er derfor meldepliktig i henhold til Personopplysningsloven (2000, §31-35). Prosjektet skal meldes til datatilsynet senest 30 dager før datainnsamlingen skal begynne. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra Regional etisk komite (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014) Det skal derfor søkes godkjenning fra Regional etisk komite hvor godkjenning foreligger før prosjektet settes i gang.

I dag kan ingen som arbeider med forskningsetikk unngå å forholde seg til Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden. Dette prosjektet skal gjennomføres etter retningslinjer fra Helsinkideklarasjonen.

5.0 GJENNOMFØRING

5.1 Gjennomføringsevne

Temaet i dette prosjektet vil kunne være med på å utvikle prehospitalet psykiatri behandling både nasjonalt og internasjonalt. Det er derfor hensiktsmessig med flere samarbeidspartnere som kan være med å styrke den faglige profilen til prosjektet. I tillegg kan prosjektet være med på å forme nettverksbygging blant samarbeidspartnerne. Under følger en presentasjon av noen av de aktuelle samarbeidspartnerne.

Forskning er en av hovedoppgavene til Helse Sør-Øst. Forskning i Helse Sør-Øst skal gi ny kunnskap og kompetanse for utvikling av morgendagens spesialisthelsetjenester til beste for pasientene. (Helse Sør-Øst, 2019). Dette prosjektet vil derfor kunne være med på å oppfylle Helse Sør-Østs målsetning. Prehospitalet klinikk OUS er involvert i forsknings og utviklingsarbeid knyttet til akuttmedisin og prehospitalet arbeid (Oslo universitetssykehus, udatert). Klinikk for psykisk helse og avhengighet har ansvar for fagutvikling og forskning innen psykisk helse lokalt og på regionsnivå (Oslo universitetssykehus, udatert). Begge disse sentrene jobber for utvikling og forskning innenfor dette prosjektets tematikk og er derfor aktuelle samarbeidskandidater. Samarbeidet kan innebære deltakelse i selve gjennomføringen av forskningsprosessen til prosjektet.

Institutt for psykisk helse (IPH) ved NTNU arbeider med forskning innen psykiske lidelser og allmenn rehabilitering (NTNU,2019). IPH vil kunne bidra i dette prosjektet med ressurspersoner som har bred forskningserfaring innen psykisk helsearbeid.

Mental Helse er en organisasjon for alle mennesker med psykiske helseproblemer, pårørende og andre interesserte (Mental Helse, udatert). Organisasjonen jobber med forebygging av psykiske helseplager og for å utvikle et bedre helsetilbud. Brukere og pårørende har erfaring og kunnskap om psykisk helse som de kan bidra med inn i prosjektet. Det vil være avgjørende for utvikling av gode helsetjenester å opprette samarbeid mellom brukere og fagmiljøet.

5.2 Forankring

Dette prosjektet er forankret i IPH. IPH sin strategi fra 2018 - 2025 retter seg mot forskning for å forebygge og behandle psykiske lidelser nasjonalt og globalt (NTNU, 2019). I strategien til IPH er en av fem hovedtemaer tidlig intervensjon i psykisk helsevern (NTNU, 2019). Dette psykiatriambulans prosjektet vil kunne være med og bygge opp under arbeidet med en tidlig intervensjon innenfor psykisk helse arbeid.

Siden 1985 har organisasjonen Rådet for psykisk helse bidratt med å sette psykisk helse på dagsordenen i Norge fra et ensidig fokus på tvang og psykiatri til spørsmål om likeverd og gode liv. (Rådet for psykisk helse, udatert). Rådet har utarbeidet en strategi for 2017-2020 hvor de ønsker å intensivere arbeidet for redusert bruk av tvang. (Rådet for psykisk helse, udatert). Prosjektet er forankret i Rådet for psykisk helse sin strategi om å støtte forskning og arbeid for redusert bruk av tvang i psykiatrien.

Helse og omsorgsdepartementet fastslår at det er nødvendig med forskning i spesialisthelsetjenesten for å sikre et kvalitativt godt og oppdatert diagnostikk- og behandlingstilbud til norske pasienter. Dette er en forutsetning for videreutvikling av helsetjenesten. (Regjeringen, 2018).

5.3 Milepæler og fremdrift

Dette prosjektet er avhengig av følgende milepæler for at det skal kunne ha en naturlig framdrift:

- Tildelt forskningsstøtte
- Godkjenning av forskningsetiske hensyn
- Rekruttere ansatte/informanter til gjennomføring av prosjektet
- Gjennomføre psykiatriambulansens prosjektperiode på 6 måneder
- Datainnsamling/intervju
- Analyse av datamaterialet
- Skrivning av rapport og artikkel
- Innsending av artikkel

En skissert tidsplan ligger vedlagt som vedlegg 3 i oppgaven.

5.4 Budsjett

Det søkes forskningsstøtte fra ExtraStiftelsen, Forskningsrådet, OUS og Helse Sør-Øst slik at en døgnbemannet psykiatrisk ambulanse kan settes i drift i Oslo med en prosjektperiode på seks måneder. De ansatte som jobber på psykiatriambulansen vil lønnes fra OUS som gir permisjon fra deres opprinnelige stillinger i prosjektperioden. Under følger en generell oversikt over relevante kostnader i prosjektet.

Inntektsposter

Søknadsbeløp ExtraStiftelsen	Kr 30 000
Søknadsbeløp Forskningsrådet	Kr 700 000
Søknadsbeløp Helse Sør-Øst	Kr 1200000
Søknadsbeløp OUS (Bemanning)	Kr 4 000 000
Totalt	Kr 5 930 000

Utgiftsposter

Driftsutgifter psykiatri ambulanse 6 måneder (4500kr pr døgn)	Kr 950 000
Lønnskostnader (15 ansatte i 6 måneder)	Kr 4 000 000
Driftsutgifter i forbindelse med prosjektet (PC, telefon og lignende materialet)	Kr 20 000
Kostnader i forbindelse med samlinger og kurs i prosjektet	Kr 30 000
Lønn til foredragsholdere/ opplæringspersonell i opplæringsuke	Kr 20 000
Lønn til 2 prosjektledere 100% stilling	Kr 600 000 (300 000 kr til hver)
Lønn til deltakere i prosjektgruppe	Kr 300 000 (60 000kr til hver)
Andre utgifter	Kr 10 000
Totalt	Kr 5 930 000

REFERANSER

Ambulanseforum. (2009). *Psykiatriambulansen en suksess*. Hentet 15. Mai 2019 fra <https://ambulanseforum.no/2009/07/10/psykiatriambulansen-en-suksess/>

Ambulanseforum. (2017). *Derfor ble psykiatriambulansen i Innlandet borte*. Hentet 23. Mai 2019 fra <https://ambulanseforum.no/2017/09/18/derfor-psykiatriambulansen-innlandet-borte/>

Ambulanseforum. (2019). *Er psykiatriske pasienter mer voldelige?* Hentet 3. Mai 2019 fra <https://ambulanseforum.no/2019/05/03/er-psykiatriske-pasienter-mer-voldelige/>

Ambulanseforum. (2019). *I Bergen og Stavanger finnes en psykiatriambulanse, men Trondheim sa nei*. Hentet 16. Mai 2019 fra <https://ambulanseforum.no/2019/05/16/i-bergen-og-stavanger-finnes-en-psykiatriambulanse-men-trondheim-sa-nei/>

Bergensavisen. (2015). *Pål takker psykiatriambulansen for at han lever*. Hentet 16. Mai 2019 fra <https://www.ba.no/pal-takker-psykiatriambulansen-for-at-han-lever/s/5-8-69695>

Bouveng, O., Bengtsson, F. A. & Carlborg, A. (2017) First year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study. *International Journal of Mental Health*, 46:2, 65-73,
DOI:10.1080/00207411.2016.1264040

Dagens Medisin. (2015). *Utviklet verdensberømt sjekkliste*. Hentet 9. Mai 2019 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/07/01/utviklet-verdensberomt-sjekkliste/>

Deacon, B. Lickel, J. Abramowitz, J.S. (2008). *Medical utilization across the anxiety disorders*, 2008. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.03.004

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder likheter og forskjeller. Hentet 1.Mai 2019 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/1-kvalitative-og-quantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet 1. Mai 2019 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Hentet 1. Mai 2019 fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/forskningsetiske-enheter/regionale-komiteer-for-medisinsk-og-helsefaglig-forskningsetikk/>

Duncan, E.A.D., Best, C., Dougall, N., Skar, S., Evans, Corfield, J., Fitzpatrick, A., Goldie, D., Maxwell, Snooks, H., Stark, C., White, C., & Wojcik, W. (2019). Epidemiology of emergency ambulance service calls related to mental health problems and self harm: a national record linkage study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27:34. doi: 10.1186/s13049-019-0611-9

Faddy, S.C., Mc Laughlin, K.J., Cox, P.T., Muthuswamy, S.S. (2017). The Mental Health Acute Assessment Team: a collaborative approach to treating mental health patients in the community. *Australasian Psychiatry* 2017, Vol 25(3) 262–265 © The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2017 Reprints and permissions sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav. doi: 10.1177/1039856216689655

Felleskatalogen. (2017). Sykdommer, Psykose. Hentet 25. April 2019 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/psykoser>

Folkehelseinstituttet. (2017). Selvmord i Norge. Hentet 1. Mai 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvord-i-norge/>

Fuglerud, T. (2017). *Prehospital transport av psykisk syke* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/57353>

Fylkesmannen. (udatert). Helse, omsorgstjenester og sosialtjenester, Tvang. Hentet 14. mai 2019 fra <https://www.fylkesmannen.no/nb/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Tvang/>

Helsebiblioteket. (2013). Slik bruker du Brøset-violence-checklist. Hentet 29. April 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/slik-bruker-du-broset-violence-checklist-bvc>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Hentet 12. Mai 2019 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#%C2%A71

Helse Sør-Øst. (2019). Forskning. Hentet 17. April 2019 fra <https://www.helse-sorost.no/helsefaglig/forskning>

Huppert, D., Griffiths, M. (2015). Police Mental Health Partnership project: Police Ambulance Crisis, Emergency Response (PACER) model development. *Australasian Psychiatry* 2015, Vol 23(5) 520–523 © The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2015 Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav. doi: 10.1177/1039856215597533

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt.

Lexau, J. (2016). Sikkerhetsmanual ambulansetjenesten – HB – Helse Stavanger. Hentet 10. Mai 2019 fra https://www.google.com/search?ei=MKLRXIXWNoKrmwXd9pKoAQ&q=Jarle+Lexau.+%282016%29+Psykiatrisk+ambulanse+%E2%80%93+PA&og=Jarle+Lexau.+%282016%29+Psykiatrisk+ambulanse+%E2%80%93+PA&gs_l=psy-ab.3...105711.109267..110512...1.0..0.152.152.0j1.....0....1j2..gws-wiz.....6..0i71j35i39.bMQJ6RJVQ4g

Legevakthåndboken. (2018). Symptomer og sykdommer, Psykiske lidelser, Suicidal atferd
Hentet fra https://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/selvmord/suicidal_atferd

Legevakthåndboken. (2018). Symptomer og sykdommer, Psykiske lidelser, Panikkangst.
Hentet 12. Mai 2019 fra https://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/angst/panikkangst

Legevakthåndboken. (udatert). MADRS. Hentet 11. mai 2019 fra https://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/psykiatrisk_undersokelse/madrs

Lisanby, S.H, Kohler, C., Swanson, C.L., Gur, R.E., (1998). *Psychosis Secondary to Brain Tumor*. PMID: 10085187. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10085187>

Mental Helse. (udatert) Om oss. Hentet 20 mai 2019 fra

<https://mentalhelse.no/om-oss>

Michelle, B.R & Ravindrath. (2010). *Clinical Manual of Emergency Psychiatry*. (1.utg.). American Psychiatric Publishing, Inc.

National Institute Of Mental Health. (2017). Suicide, Suicide Rates. Hentet 29. April 2019 fra https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml#part_154969

Nordby, H. (2010). *Etikk og kommunikasjon- i prehospitalt arbeid* (1.utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk helseinformatikk. (2013). *Tvangsbruk i psykiatrien kan innebære brudd på menneskerettighetene*. Hentet fra <https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/tvang-i-psykiatrien-og-brudd-pa-rettigheter/>

Norsk helseinformatikk. (2019). *Lovendring i psykisk helsevernloven*. Hentet 8. Mai 2019 fra <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/helsetjenesten/lovendring-i-psykisk-helsevernloven-fra-1-september/?page=1>

Norsk rikskringkasting. (2017). *Frykter ny psykiatrilov vil gi flere tragedier*. Hentet 14.Mai 2019 fra <https://www.nrk.no/nordland/frykter-ny-psykiatrilov-vil-gi-flere-tragedier-1.13551011>

NTNU. (2019). Om institutt for psykisk helse. Hentet 5. Mai 2019 fra <https://www.ntnu.no/iph/om>

NTNU. (2019). Kunnskap for bedre psykisk helse – Strategi 2018-2025. Hentet 8. Mai 2019 fra <https://www.ntnu.no/iph/strategi>

Oslo Kommune. (Udatert). Sosialt og ambulant akuttjeneste. Hentet 14. Mai 2019 fra <https://www.oslo.kommune.no/dognapne-vakttjenester/sosial-og-ambulant-akuttjeneste/#gref>

Oslo Universitetssykehus. (Udatert). Klinikk for psykisk helse og avhengighet/ Søndre Oslo DPS/ Allmennpsykiatrisk seksjon/ Ambulant akuttenhet. Hentet 14. Mai 2019 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/sondre-oslo-dps/allmennpsykiatrisk-seksjon-sondre-oslo-dps/sodp1-ambulant-akuttenhet>

Oslo Universitetssykehus. (Udatert). Klinikk for psykisk helse og avhengighet/ Nydalen DPS / Psykiatrisk Legevakt. Hentet 14. Mai 2019 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/nydalen-dps/psykiatrisk-legevakt>

Oslo Universitetssykehus. (Udatert). Klinikk psykisk helse og avhengighet/ Søndre Oslo DPS / Ambulant akuttenhet – Søndre Oslo DPS. Hentet 18. Mai 2019 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/sondre-oslo-dps/allmennpsykiatrisk-seksjon-sondre-oslo-dps/sodp1-ambulant-akuttenhet>

Oslo universitetssykehus. (udatert). Prehospital Klinikk. Hentet 20 mai 2019 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/prehospital-klinikk>

Oslo universitetssykehus. (udatert). Klinikk psykisk helse og avhengighet. Hentet 20 mai 2019 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet>

Personopplysningsloven. (2000). Melde- og konsesjonsplikt. Hentet 16. Mai 2019 fra

<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-31>

Politiforum. (2018). *I flere år har politiet i Oslo ønsket seg en egen ambulanse som kan frakte psykisk syke i Oslo. Men politiet blir ikke hørt – og de med psykiske lidelser må fraktes med uniformert politibil til stede.* Hentet 5.Mai 2019 fra

<https://www.politiforum.no/artikler/i-flere-ar-har-politiet-i-oslo-onsket-seg-en-egen-ambulanse-som-kan-frakte-psykisk-syke-i-oslo-men-politiet-blir-ikke-hort-og-de-med-psykiske-lidelser-ma-fraktes-med-uniformert-politibil/432066>

Politiforum. (2018). *Tilpassede biler og ansatte med spesiell kompetanse: Slik har egne ambulanser for psykisk syke blitt en suksess i Bergen og Stavanger.* Hentet 15.Mai 2019 fra <https://www.politiforum.no/artikler/tilpassede-biler-og-ansatte-med-spesiell-kompetanse-slik-har-egne-ambulanser-for-psykisk-syke-blitt-en-suksess-i-bergen-og-stavanger/433088>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet 12.Mai 2019 fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk>

Psykisk helse. (2017). *Tvang: - Ny lovendring ikke nok.* Hentet fra

<https://psykiskhelse.no/bladet/2017/tvang-ny-lovendring-ikke-nok>

Regjeringen. (1999). Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven (Ot.prp.nr.11). Hentet 12. Mai fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/sec1>

Regjeringen. (2014). Oppdragsdokument 2014 Helse Sør-Øst RHF. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

Regjeringen. (2015). NOU 2015: 17. *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/sec13>

Regjeringen. (2018). Forskning i helseforetakene – organisering og nøkkeltall. Hentet 20 Mai

2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/helseforskning/innsikt/forskning-i-helseforetakene--organiserin/id585593/>

Statistisk sentralbyrå. (2019). Kommunefakta Oslo. Hentet 1. Mai 2019 fra

<https://www.ssb.no/kommunefakta/oslo>

Stavanger Universitetssykehus. (2016). *Transport av psykisk syke Bremseth*. Hentet fra

<https://helse-stavanger.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helsevern-voksne/nettverkskonferanse-for-transport-av-psykisk-syke>

Store Medisinske Leksikon. (2014). Medisin/ Psykisk Helse / Angst-og tvangslidelser/ Angstlidelse. Hentet 11. Mai 2019 fra <https://sml.snl.no/angstlidelse>

Store Medisinske Leksikon. (2017). Medisinsk etikk. Hentet 20. Mai 2019 fra

https://sml.snl.no/medisinsk_etikk

Store Medisinske Leksikon. (2018). MADRS. Hentet 20. Mai 2019 fra

<https://sml.snl.no/MADRS>

Store medisinske leksikon. (2018). Medisin/ Helse og samfunn / Medisinsk Etikk / Tvang.
Hentet fra <https://sml.snl.no/tvang>

Store norske leksikon. (2017). Samfunn/ juss / helserett / psykiske helsevernloven. Hentet
12.Mai 2019 fra https://snl.no/psykisk_helsevernloven

Stortinget. (2017). Innstilling fra helse og omsorgskomiteen om Endringer i psykisk
helsevernloven mv. (2017). (Prop.147 L 2015-16). Hentet 12. Mai fra
[https://www.stortinget.no/no/Saker-og-
publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-
147l/?all=true](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-147l/?all=true)

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet 12.Mai 2019 fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

Sykepleien. (2019). Tvang i psykiatrien: Blir vi mer voktere enn pleiere? Hentet 16. Mai 2019
fra [https://sykepleien.no/forskning/2019/03/tvang-i-psykiatrien-blir-vi-mer-voktere-enn-
pleiere](https://sykepleien.no/forskning/2019/03/tvang-i-psykiatrien-blir-vi-mer-voktere-enn-pleiere)

Tidsskrift for Den Norske Legeforening. (2006). *Menneskerettigheter også for psykiatriske
pasienter i Norge*. Hentet 5.Mai fra
[https://tidsskriftet.no/2006/06/kronikk/menneskerettigheter-ogsaa-psykiatriske-
pasienter-i-norge](https://tidsskriftet.no/2006/06/kronikk/menneskerettigheter-ogsaa-psykiatriske-pasienter-i-norge)

Tidsskriftet For Den Norske Legeforeningen. (2018). *Etterlates erfaringer ved selvmord hos
unge menn*. Hentet 10. Mai 2019 fra
[https://tidsskriftet.no/2018/02/originalartikkel/etterlattes-erfaringer-ved-selvmord-hos-
unge-menn](https://tidsskriftet.no/2018/02/originalartikkel/etterlattes-erfaringer-ved-selvmord-hos-unge-menn)

Tidsskriftet For Den Norske Legeforening. (2018). *Ambulant akutteam i psykisk helsevern*. Hentet 23. Mai 2019 fra <https://tidsskriftet.no/2018/02/debatt/ambulant-akutteam-i-psykisk-helsevern>

Universitetet i Oslo. (Udatert). Nasjonalt senter for selvmordsforskning - og forebygging *Fakta om selvmordsforsøk*. Hentet 16. Mai 2019 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvsmord-selvskading/>

Verdens gang. (2018). *Færre tvangsinnleggelse etter ny lov*. Hentet 12. Mai 2019 fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/kaG9e9/faerre-tvangsinnleggelse-etter-ny-lov>

Vice News. (2016). *Driving around Stockholm in Sweden's Only Health Ambulance*. Hentet 23. Mai 2019 fra https://www.vice.com/en_uk/article/5gqemz/stockholm-mental-health-ambulance-263

VEDLEGG

Vedlegg 1 - Litteraturmatriser

Artikkel 1

Forfatter (e)	Olof Bouveng, Fredrik A. Bengtsson, Andreas Carlborg
Tittel	First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study
Hensikt/formål	Evaluering av det første året med psykiatri ambulanse i Stockholm.
Inklusjon/eksklusjon	Hver eneste kontakt med PAM er inkludert i studien fra 1 april 2015 – 31 mars 2016
Metode	Kvalitativ studie

Artikkel 2

Forfatter (e)	Edward A. S. Duncan, Catherine Best, Nadine Dougall, Silje Skar, Josie Evans, Alasdair R. Corfield, David Fitzpatrick, Isabella Goldie, Margaret Maxwell, Helen Snooks, Cameron Stark, Chris White and Woitek Woicik
Tittel	Epidemiology of emergency ambulance service calls related to mental health problems and self harm: a national record linkage study
Hensikt/formål	Samle informasjon om psykiatriske pasienter som har kontakt med den skotske ambulansetjenesten. Dette for å identifisere muligheter og utvikle intervensjoner for å

	kunne redusere selvmord og psykisk nød. I tillegg er det et mål å hindre unødvendige ambulanse og legevaktsoppdrag.
Inklusjon/eksklusjon	Alle pasienter i kontakt med den skotske ambulansetjenesten i 2011 som gikk under kriterier for psykiatri og selvmord.
Metode	Retrospektiv Cohort studie

Artikkel 3

Forfatter (e)	David Huppert, Matthew Griffiths
Tittel	Police Mental Health Partnership project: Police Ambulance Crisis Emergency Response (PACER) model development
Hensikt/formål	Utvikle, implementere og vurdere en samarbeidsmodell mellom psykiatri, politi og ambulanse som tilbyr alternativ behandling med forbedret resultat for pasientene.
Inklusjon/eksklusjon	Alle pasientmøter/konsultasjoner PACER hadde 3 måneder
Metode	Kvalitativ.

Artikkel 4

Forfatter (e)	Steven C Faddy, Kevin J McLaughlin, Peta T Cox, Senthil S Muthuswamy
Tittel	The Mental Health Acute Assessment Team: a collaborative approach to treating mental health patients in the community
Hensikt/formål	Hovedformål: Andel akutt psykiatriske

	<p>pasienter som kunne bli behandlet utenfor legevakt.</p> <p>Sekundærformål: Andel pasienter transportert direkte til psykiatrisk avdeling.</p>
Inklusjon/ekklusjon	Alle pasienter MHAAT var i kontakt med mellom desember 2013 og mai 2014
Metode	Kvalitativ

Vedlegg 2 - Intervjuguide

- Forskeren presenterer seg selv
- Informasjon om selve prosjektet: Målet med prosjektet har vært å sette en psykiatriambulansse i drift i 6 måneder i Oslo etter PAM modellen i Stockholm. Målet med studien har vært å se på om bruken av denne modellen kan gi redusert tvangsbruk ovenfor akutt psykiatriske pasienter prehospitalt? I løpet av intervjuet vil vi nå forsøke å kartlegge din erfaring knyttet til psykiatriambulansen og tvangsbruk ovenfor akutt psykiatriske pasienter.
- Dokumentasjon: Intervjuet vil tas opp ved hjelp av diktafon, i tillegg vil det bli gjort supplerende notater. I etterkant av hvert intervju vil opptaket på diktafonen bli transkribert og lagret på forskningsservere. Deretter slettes opptaket. I etterkant skal den innsamlede dataen analyseres og tilslutt utarbeides en rapport fra studien som skal publiseres som rapport og artikkel.
- Anonymitet: Intervjumaterialet skal være anonymt og hvis noe av dataen som skal brukes er av en art som kan identifisere informanten skal det innhentes tillatelse fra informanten.
- Avbrytelse: Det blir gitt informanten informasjon om hans/hennes rett til når som helst å avslutte intervjuet.
- Lengde på intervju: Vi anslår at intervjuet vil vare mellom en til en og en halv time.
- Bruk av ulike psykiatriske scoringsverktøy:

- I hvilken grad ble disse verktøyene benyttet og var de anvendelige i prehospital vurdering?
 - Hvordan opplevde du bruken av MADRS prehospitalt?
 - Hvordan opplevde du bruken av Brøset Violence Checklist i psykiatri ambulansen?
- Kommunikasjon
- Følte du at en spesialisert psykiatriambulanse la grunnlag for gode kommunikasjonsmuligheter ovenfor pasientene og på hvilken måte?
 - Hvordan var det å oppnå kommunikasjon med pasientene i en prehospital setting?
 - Ble det gitt god informasjon til pasientene og på hvilken måte?
 - Til Paramedic: Så du noen forskjell på den kommunikative fremgangsmåten til de psykiatriske sykepleierne sammenliknet med din erfaring fra bruk av vanlig akutt ambulanse på lignende oppdrag?
- Tvangsbruk
- Ble det ofte behov for tvang? Hvilke faktorer utløste dette?
 - Følte du at alt annet var forsøkt før bruken av tvang ble nødvendig?
 - Kunne en se en sammenheng mellom bruk av Brøset Violence Checklist og graden av tvangsbruk?
 - På hvilken måte fungerte det med bruk av deeskaleringsteknikker?
 - Til Paramedic: Opplevde du noen forskjell på graden av tvangsbruk ved bruk av psykiatriambulansen sammenliknet med vanlig akutt ambulanse?
- Sikkerhet
- Følte du at egensikkerheten hele tiden var ivaretatt?
 - Var det ganger politiet burde ha vært tilkalt raskere?
- Annet
- PAM modellens fordeler og eventuelle forbedrings punkter?
 - Noe som ikke er tatt opp som du ønsker å meddele?

Vedlegg 3 - Tidsplan

	Høst 2019	Vår 2020	Høst 2020	Vår 2021
Forskningsstøtte	■			
Godkjenninger	■			
Rekrutering	■			
Psykatri Ambulanse prosjekt periode		■		
Datainnsamling			■	
Analyse			■	
Skriving				■
Innsending av artikkel				■

Vedlegg 4 - MADRES

1. Synlig tristhet – legeobservert	
Sikter på dysterhet, tungsinn, fortvilelse (mer enn bare vanlig forbigående dårlig humør) slik det avspeiler seg i tale, mimikk og holdning. Gradér på grunnlag av dybde og manglende evne til å lysne opp.	
0	Ingen tristhet.
1	
2	Ser trist og humørløs ut, men kan leilighetsvis lyse opp.
3	

4	Virker trist og ulykkelig hele tiden.
5	
6	Ekstrem og vedvarende tristhet og fortvilelse.

2. Tristhet

Tar sikte på subjektivt opplevet sinnsstemning, uansett om stemningen gir seg ytre uttrykk eller ikke. Omfatter senket stemningsleie, tristhet, oppgitthet, tungsinn, håpløshet og hjelpeløshet. Gradér i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad sinnsstemningen påvirkes av ytre omstendigheter. Oppstemthet skåres som 0.

Spørsmål: *Har du vært vedvarende deprimert eller nedfor mesteparten av dagen hver dag de siste tre døgn?*

0	Stort sett indifferent stemningsleie. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilsier det.
1	
2	Overveiende følelse av nedstemthet, men lysere øyeblikk forekommer.
3	
4	Gjennomtrengende følelse av tristhet og dysterhet. Sinnsstemningen influeres knapt av ytre omstendigheter.
5	
6	Konstant opplevelse av sterk tristhet og fortvilelse.

3. Indre spenning

Sikter på følelse av vag ulyst, ubehagelig indre spenning, uro og angst stigende til panikk. Gradér i henhold til intensitet, varighet og behov for hjelp og støtte. Skilles fra tristhet (2).

Spørsmål: *Har du merket noen uro, spenning eller angst siste tre døgn?*

0	Rolig, bare antydning til indre spenning.
1	
2	Leilighetsvis følelse av ubehagelig psykisk spenning og vag uro.
3	
4	Vedvarende følelse av indre spenning eller panikkepisoder som pasienten bare kan mestre med vanskelighet.
5	
6	Vedvarende frykt og angst. Overveldende panikkfølelse.

4. Redusert nattesøvn

Sikter på subjektiv opplevelse av kortvarig eller mindre dyp søvn sammenlignet med vanlig tilstand.

Spørsmål: *Har du hatt søvnproblemer nesten hver natt de siste tre døgn?*

0	Sover som vanlig.
1	
2	Moderate innsøvningsvansker eller moderat redusert, lett eller urolig søvn.
3	
4	Søvnen redusert eller avbrutt med minst to timer sammenlignet med vanlig.
5	
6	Mindre enn to til tre timers søvn om natten.

5. Svekket appetitt

Sikter på følelsen av at appetitten er svekket i forhold til tidligere.

Spørsmål: *Hvordan har det vært med matlysten de siste tre døgn?*

0	Normal eller økt appetitt.
---	----------------------------

1	
2	Moderat redusert appetitt.
3	
4	Nesten ingen appetitt, maten smaker ikke, må tvinge seg selv til å spise.
5	
6	Næringsvegrende. Må overtales av andre til å spise.

6. Konsentrasjonsvansker

Sikter på vansker med å samle tankene, stigende til invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne. Gradér i henhold til intensitet, frekvens og grad av invalidiserende effekt.

Spørsmål: *Har du hatt vansker med å konsentrere deg de siste tre døgn?*

0	Ingen konsentrasjonsvansker.
1	
2	Leilighetsvis vansker med å samle tankene.
3	
4	Vansker med konsentrasjon og vedvarende oppmerksomhet, som forstyrrer lesing eller konversasjon.
5	
6	Invalidiserende mangel på konsentrasjonsevne.

7. Initiativløshet

Sikter på vanskelighet med å komme i gang, treghet med å ta initiativ og å utføre dagligdagse aktiviteter.

Spørsmål: *Har du hatt vansker med å komme i gang, ta initiativ eller utføre dagligdagse aktiviteter de siste tre døgn?*

0	Ingen spesielle vanskeligheter med å komme i gang med ting, ingen treghet.
---	--

1	
2	Visse vansker med å komme i gang med aktiviteter.
3	
4	Vanskeligheter med å komme i gang med enkelte rutineaktiviteter, som kan utføres bare med betydelig anstrengelse.
5	
6	Helt manglende evne til å ta initiativ. Uten evne til å igangsette aktiviteter uten hjelp.

8. Svekkede følelsesmessige reaksjoner

Sikter på den subjektive opplevelse av svekkede interesser for omgivelsene, eller for aktiviteter som normalt gir glede. Evnen til å reagere med adekvate følelser på omstendighetene eller andre mennesker er redusert.

Spørsmål: *Har du i de siste tre døgn vist mindre interesse for de fleste ting, eller vært mindre i stand til å glede deg over ting som pleide å gi deg glede?*

0	Normal interesse for omgivelsene og andre mennesker.
1	
2	Redusert evne til å glede seg over ting som vanligvis gleder. Redusert evne til å føle sinne.
3	
4	Tap av interesse for omverdenen. Tap av følelser for venner og kjente.
5	
6	Opplevelsen av å være følelsesmessig lammet, uten evne til å føle sinne eller sorg, og til dels smertefull opplevelse av ikke å kunne føle noe for nære slektninger eller venner.

9. Depressivt tankeinnhold

Sikter på tanker om skyld, mindreverdighet, selvbepreidelser, anger og tanker om økonomisk ruin.

Spørsmål: <i>Har du følt deg verdiløs eller skyldbetynt de siste tre døgn?</i>	
0	Ingen depressive tanker.
1	
2	Fluktuerende tanker om ikke å strekke til, selvbebreidelser og mindreverdsfølelse.
3	
4	Vedvarende selvbebreidelser eller klare, men fortsatt rasjonelle tanker om skyld og synd. Ser uttalt pessimistisk på fremtiden.
5	
6	Vrangforestillinger om økonomisk ruin eller utilgivelige synder.
10. Suicidaltanker	
Tar sikte på følelsen av at livet ikke er verd å leve, at en naturlig død ville være velkommen, suicidale tanker og forberedelse til selvmord.	
Spørsmål: <i>Har du selvmordstanker eller har du ønsket at du var død de siste tre døgn?</i>	
0	Ordinær livslyst, tar det som det kommer.
1	
2	Lei av livet, men bare flyktige suicidaltanker.
3	
4	Ville helst være død, suicidaltanker opptrer hyppig, og suicid anses som en mulig løsning uten at det foreligger spesifikke planer eller intensjoner.
5	
6	Uttalte planer om suicid når anledningen gir seg. Aktive forberedelser for suicid.

Vedlegg 5 - Norsk medisinsk indeks kriterie Psykiatri-suicid 2018 (tall innhentet fra AMK Mai 2019)

Norsk Medisinsk Indeks for Psykiatri-Suicid				
År	Samb_gr	Krit	Kriterie_navn	Sum_antall
2018	AMK	A.28.01	Reagerer ikke på tilrop og risting.	27
2018	AMK	A.28.02	Alvorlig selvmordsforsøk med våpen.	23
2018	AMK	A.28.03	Alvorlig selvmordsforsøk ved hengning.	104
2018	AMK	A.28.04	Alvorlig selvmordsforsøk med kutt og stort blodtap.	80
2018	AMK	A.28.05	Alvorlig selvmordsforsøk - hopp fra stor høyde.	48
2018	AMK	A.28.06	Alvorlig selvmordsforsøk med medikamenter.	314
2018	AMK	A.28.07	Alvorlig selvmordsforsøk med gass/kullos.	6
2018	AMK	A.28.08	Alvorlig selvmordsforsøk - annet (hva?).	76
2018	AMK	A.28.09	Alvorlig trussel om selvmord - med våpen.	47
2018	AMK	A.28.10	Alvorlig trussel om selvmord - hopp fra stor høyde.	74

2018	AMK	A.28.11	Alvorlig trussel om selvmord - annet (hva?).	296
2018	AMK	A.28.12	Fare for alvorlig vold.	46
2018	AMK	H.28.01	Selvpåført, mindre alvorlig skade/forgiftning. Våken og puster normalt.	603
2018	AMK	H.28.02	Mistanke om alvorlig sinnslidelse -med stor angst.	460
2018	AMK	H.28.03	Mistanke om alvorlig sinnslidelse -med stor uro.	895
2018	AMK	H.28.04	Mistanke om alvorlig sinnslidelse -med aggressiv oppførsel.	577
2018	AMK	H.28.05	Truer med selvmord - med medikamenter, selvskading eller rusmidler.	1293
2018	AMK	H.28.06	Ber om å få snakke med lege eller andre som kan hjelpe. Er deprimert eller har selvmordstanker.	1254
2018	AMK	V.28.01	Plutselig angst og følelse av ikke å få luft (hos ung og ellers frisk person).	378

2018	AMK	V.28.02	Oppfører seg unormalt, men er ellers rolig og grei.	2696
2018	AMK	V.28.03	Deprimert, men har ikke selvmordstanker.	499
2018	AMK	V.28.04	Ber om å få snakke med lege.	667