

Henvendelser til Livskrisehjelpen i Bergen 2006

Rapport, oktober 2008

UNIFOB
HELSE



Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Tittel	Henvendelser til Livskrisehjelpen 2006
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, Bergen
Ansvarlig	Forskningsleder Steinar Hunskår
Forfattere	Forsker cand. san Eva Try, forsker dr.philos Tone Morken, prof. dr.med. Steinar Hunskår
ISBN	978-82-92970-01-0 (pdf)
Rapport	Oktober 2008
Tilgjengelighet	Pdf-versjon og trykket versjon
Prosjekttittel	Kartlegging av henvendelser til Livskrisehjelpen i Bergen året 2006
Antall sider	37
Publiseringsmåned	Oktober
Oppdragsgiver	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
Sitering	Try E, Hunskår S, Morken T. Henvendelser til Livskrisehjelpen i Bergen 2006. Rapport oktober/2008. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2008.
Publisert artikkel	Try E, Morken T, Hunskår S. Livskrisehjelpen ved en legevakt. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2056-9.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i UNIFOB AS/Unifob helse ved Universitetet i Bergen og knyttet faglig til Seksjon for allmennmedisin, UiB, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin

Nettadresse	www.legevaktmedisin.no
Epost	post@legevaktmedisin.no
Telefon	+47 55586500
Telefax	+47 55586130
Besøksadresse	Kalfarveien 31
Postadresse	Kalfarveien 31
Postnummer	5018
Poststed	Bergen

Forord

Fra 1. september 2006 og til og med 31/12 2007 hadde cand. san. Eva Try et 25 % engasjement ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin samtidig med 75 % stilling som psykiatrisk sykepleier ved Livskrisehjelpen ved Bergen legevakt. Denne rapporten er et resultat av prosjektet "Kartlegging av henvendelser til Livskrisehjelpen i Bergen året 2006". Resultater fra prosjektet er også publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening nr 18 2008.

Jeg vil takke prosjektleder Steinar Hunskaar og veileder Tone Morken for et meget godt samarbeid, og for alle konstruktive innspill i prosessen fra ideer om fagutvikling i praksis til publisering av forskningsresultat!

INNHold

Forord	3
Sammendrag	6
1.0 Innledning	7
1.1 Eksisterende tiltak for personer som opplever ulike typer kriser	7
1.1.1 Hjelpeapparat til personer som har blitt utsatt for vold	7
1.1.2 Hjelpeapparat ved voldtekt	7
1.1.3 Hjelpeapparat ved kriser	8
1.2 Nye tiltak for personer som opplever ulike typer kriser	8
1.2.1 Livskrisehjelpen	8
Målgruppe	9
Personale og tilgjengelighet	9
Fagutvikling og forskning	10
1.2.2 Psykiatrisk ambulanse	10
1.2.3 Psykiatrisk akutteam	10
2.0 Teoretisk forankring og begrepsavklaring	12
Psykososiale problemer	12
Psykososiale kriser	13
Psykososial krisehjelp	14
Psykososialt arbeid	14
Psykososiale behandlingstiltak	15
Tidligere forskning	15
3.0 Formål	16
3.1 Avgrensning	16
4.0 Materiale og metode	17
4.1 Dokumentasjon av henvendelser til Livskrisehjelpen	17
4.2 Registrering av prosjektdata	17
4.3 Beskrivelse og registrering av pasientens problemområder	18
4.3.1 Livskriser	18

Alvorlige livshendelser	18
Bekymring for andre	19
Familieproblem – samspillsproblem	19
Andre kriser	19
4.3.2 Mulig symptom på psykisk lidelse	19
4.3.3 Sammensatte problemer	20
4.3.4 Ukjente årsaker	20
4.4 Statistisk analyse	20
5.0 Resultater	21
5.1 Beskrivelse av pasientene	21
Kommune, kjønn og alder	21
Henvendelsesmåte og henvisende instans	22
Årsaker til henvendelsene	22
5.2 Samtaler	24
Hvordan fordelte samtaler seg på ulike måneder?	24
Tidspunkt på døgnet og antall samtaler per døgn	25
Hvor lenge varte samtalen?	25
Antall personer tilstede i samtalen	26
Kommer pasienten til første samtale eller til oppfølgingssamtale?	26
Hvor ble pasienten henvist videre?	28
Henvisning av pasienten til lege etter første samtale	29
6.0 Oppsummering	30
Litteratur	32
Vedlegg	
Variabelliste	35

Sammendrag

Bakgrunn: Livskrisehjelpen ved Bergen legevakt er et lavterskeltilbud for personer som har opplevd psykososiale kriser. Hensikten med denne studien var å kartlegge henvendelsene til Livskrisehjelpen, henvendelsesårsaker og henvisninger.

Materiale og metode: Alle henvendelser i 2006 ble inkludert i studien. Fra journal ble det registrert kjønn, alder, henvendelsesårsak, antall samtaler og hvor pasienten ble henvist videre.

Resultat: Livskrisehjelpen mottok 901 pasienter og gjennomførte 2090 samtaler. I alt 602 av pasientene (67 %) var kvinner. Nesten hver tredje pasient (n=186) var i alderen 19-30 år.

Pasientene presenterte mange ulike henvendelsesårsaker, men flertallet av pasientene (n=590, 66 %) henvendte seg på grunn av livskriser, som alvorlige livshendelser og bekymringer for egne barn. Det var 267 pasienter (30 %) som henvendte seg med mulig symptom på psykisk lidelse. Flertallet av pasientene ble henvist videre til ulike offentlige og private instanser.

Fortolkning: Samtaletilbudet Livskrisehjelpen ble benyttet av pasienter i alle aldersgrupper med ulike psykososiale kriser. Livskrisehjelpen er et eksempel på tidlig intervensjon ved kriser på kommunalt nivå.

1.0 Innledning

Denne rapporten handler om lavterskeltilbudet Livskrisehjelpen (Lkh) i Bergen. Lkh er en del av det kommunale hjelpeapparatet ved kriser, og ble opprettet for å bedre tilgjengeligheten for samtaler ved akutte psykososiale kriser. For å sette Lkh inn i en sammenheng, blir ulike sammenlignbare tilbud beskrevet i denne innledningen.

Personer i Bergen som har behov for helsehjelp, skal bruke sine fastleger som er tilgjengelig på dagtid. Lokale legevakter (Åsane, Fana og Loddefjord) er betjent ettermiddag og helg. Bergen legevakt (Blv) har åpent hele døgnet. Mennesker med psykiske lidelser eller rusproblemer som har behov for langsiktig oppfølging med tilrettelagte tjenester, kan søke om bistand fra avdeling psykisk helse i bydelen via forvaltningsenheten. Avdeling psykisk helse er bemannet med psykiatriske sykepleiere og vernepleiere som er tilgjengelige på dagtid ukens fem første dager (1).

1.1 Eksisterende tiltak for personer som opplever ulike typer kriser

1.1.1 Hjelpeapparat til personer som har blitt utsatt for vold

Personer som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner eller i det offentlig rom, oppsøker som regel fastlege eller legevaktlege. Rådgivningskontoret for kriminalitetsofre og Krisesenteret for kvinner er også instanser som gir verdifull hjelp.

Barn som utsettes for omsorgssvikt og vold skal henvises til barneverntjenesten i bydelene på dagtid og til Barnevernvakten utenom vanlig kontortid. Når det er mistanke om seksuelle overgrep mot barn, skal et tverrfaglig team i hver bydel kobles inn. Dersom barnet er under 15 år og har vært utsatt for seksuelle overgrep, skal barnet følges opp av et eget fagteam i Helse Bergen ved Barneklubben.

1.1.2 Hjelpeapparat ved voldtekt

Voldtekstmottak ved Blv ble opprettet i 1993 som et ”behandlingstilbud til utsatte for seksuelle overgrep” (2). Det gies tilbud om rettsmedisinsk undersøkelse, medisinsk behandling og psykososiale støttesamtaler, samt eventuell hjelp til videre behandling og oppfølging. I 2005 ble voldtekstmottaket interkommunalt. Pasienter i Hordaland utenom Bergen får behandling i akuttfasen ved Blv, men den psykososiale oppfølgingen skjer i den enkelte kommune.

Voldtekstmottaket har døgnåpent. Fra mars 2007 har avdelingssykepleier ved Lkh også vært koordinator for voldtekstmottaket, og den psykososiale oppfølgingen ivaretaes av personalet ved Lkh (2, 3).

1.1.3 Hjelpeapparat ved kriser

Kriseteamene i byens åtte bydeler har fungert i mange år, men organiseringen og innholdet i tilbudene har variert noe. I 2007 ble det utarbeidet felles prosedyrer for alle teamene (4). Kriseteamene skal tilby psykososial oppfølging med tilbud om hjemmebesøk for den/de kriserammede i deres nærmiljø. Akutte hendelser kan være etter selvmordsforsøk, ved uventede dødsfall, selvmord og alvorlige ulykker. Henvendelser om oppfølging etter selvmordsforsøk kommer fra ulike sykehusavdelinger i Helse Bergen. Kriseteamene skal ta hånd om alt fra enkeltstående kriser som berører få personer til større katastrofer som involverer større grupper personer, jamfør Hatlestadulykken (5). Teamene er tverrfaglig sammensatt med representanter for avdeling psykisk helse (psykiatrisk sykepleier/vernepleier), sosialkontorene (sosionom), helsestasjonene (psykolog/helsesøster), pedagogisk psykologisk tjenestekontor (psykolog), skolene (lærer), og den norske kirke (prest/diakon). Det skal være en lege tilknyttet hvert team. Henvendelsene går direkte til den personen i teamet som har vakt via en egen vakttelefon, og teamet er tilgjengelig ukens fem første dager på dagtid. Ved større ulykker utvides teamets arbeidstid og antall personer som deltar (4,6).

1.2 Nye tiltak for personer som opplever ulike typer kriser

I 2005 ble tre nye tiltak i Bergen etablert: Lkh, psykiatrisk ambulanse og Psykiatrisk akutteam.

1.2.1 Livskrisehjelpen

Bergen kommune fikk statlige *storbymidler* fra Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) (7) og etablerte lavterskeltilbudet Lkh tilknyttet Blv med oppstart i november 2005. Hensikten var å etablere "(..) et psykososialt støttesenter ved kriser og traumer hvor alle kan ringe inn bekymringsmeldinger om alvorlig psykisk sykdom hos personer som ikke selv søker hjelp. (..) Senteret vil være et viktig supplement til allerede etablerte kriseteam som arbeider i bydelene (..)" (3).

Målgruppe

Målgruppen er enkeltpersoner som opplever en uventet livshendelse, en livskrise eller en psykososial krise som fører til problemer med å takle hverdagen. Akutte hendelser kan være vold, ulykker, selvmord, selvmordsforsøk eller samlivsbrudd. Den enkelte kan henvende seg direkte uten henvisning alle syv dager i uken. Personalet skal gi akutt krisehjelp og tilbud om to – tre oppfølgingssamtaler. Ved behov for mer langsiktig støtte og behandling skal Lkh bistå med å etablere kontakt med relevante deler av hjelpeapparatet som for eksempel fastlege, avdeling for psykisk helse eller psykisk helsevern.

En viktig målsetting med opprettelsen av Lkh var å bedre tilgjengeligheten ved akutte kriser og at tilbudet skal bidra til å forebygge selvmord og utvikling av posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD).

Pasienter med definerte psykiatriske lidelser, alvorlig suicidalitet og rusproblem som trenger behandling, skal bli vist direkte til fastlege eller lege ved Blv.

Det er utarbeidet administrative og kliniske prosedyrer og kompetanseplan for å kvalitetssikre tilbudet, samt brosjyre om tilbudet på syv språk i tillegg til norsk (8).

Fra sommeren 2006 startet Lkh og voldtektsmottaket et samarbeid om oppfølging av pasienter utsatt for seksuelle overgrep. Tilbudet "Vern for eldre" ble fra september 2007 integrert i Lkh. Den eldre som blir utsatt for vold eller noen i deres nettverk som er bekymret for eldre som lever med alvorlige belastninger, kan kontakte Lkh for bistand med akutthjelp og videre henvisning i hjelpeapparatet.

Personale og tilgjengelighet

Fra åpningen i 2005 var seks personer ansatt ved Lkh, men fra 19. juni 2006 ble dette redusert til fem personer (en 100 % stilling som leder og fire 75 % stillinger). To er vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og tre er psykiatriske sykepleiere, i tillegg kommer annen høyere utdanning. Livserfaring og variert praksis fra arbeid med mennesker med psykiske lidelser ble vektlagt ved ansettelse. Fra august 2007 ble Lkh styrket med to nye 100 % stillinger, den ene fra voldtektsmottaket og den andre fra midler til "Vern for eldre".

Fra november 2005 hadde Lkh samme åpningstid alle dager i uken. Dette ble redusert, blant annet på grunn av økonomiske hensyn, og som en følge av at registreringen av henvendelsene viste mindre pågang i helgene. Lkh har fra 19. juni 2006 hatt åpningstid hverdager kl. 08.30 – kl. 22.30 og helg og høytider kl. 12.00 – kl. 20.30. Samtalene er gratis. Personalet reiser ikke hjem til pasientene (3,9,10,11).

Fagutvikling og forskning

Det finnes lavterskeltilbud som ligner Lkh andre steder i Norge. I Oslo og Stavanger er disse storbytiltakene organisert ved byens døgnåpne legevakter. I Oslo har Sosial Vaktjeneste eksistert siden 1979 (12), og Livskrisehjelpen i Stavanger har fungert siden 1986. Disse tiltakene er noe ulikt organisert både med hensyn til personell og åpningstider, men begge steder gis tilbud til mennesker med behov for noen å snakke med om akutte hendelser, inkludert personer utsatt for voldtekt. På grunn av at det mangler forskning på denne typen lavterskel tilbud i Norge, er det behov for å få mer kunnskap.

1.2.2 Psykiatrisk ambulanse

Psykiatrisk ambulanse ble startet i mai 2005. Hensikten med tiltaket er å avlaste politiet med transport av pasienter. Både helsepersonell, pårørende og pasienter kan kontakte Psykiatrisk ambulanse via akutt medisinsk kommunikasjonssentral (AMK). Dette gjelder pasienter som innfrir kravene til syketransport i Lov om Specialisthelsetjeneste, men som ikke kan nyttiggjøre seg drosje eller kollektivtransport på grunn av psykisk lidelser, rusavhengighet eller andre forhold (for eksempel utagerende psykisk utviklingshemmede). Psykiatrisk ambulanse er bemannet med helsepersonell, for eksempel psykiatriske sykepleiere og ambulansesjåfører, og er tilgjengelig ukens fem første dager kl 09.00 - 22.00.

1.2.3 Psykiatrisk akutteam

Psykiatrisk akutteam ble startet av Helse Bergen, Psykiatrisk divisjon, i september 2005 og tilbyr ambulante tjenester i en avgrenset periode (13). Pasienter oppsøkes hjemme for å forhindre unødvendige innleggelser i psykiatrien, også kalt ”portvaktfunksjonen”. Et annet mål er å støtte pasienten til å mestre akutte kriser. Teamet følger også opp pasienter som er skrevet ut fra Psykiatrisk akuttmottak ved Sandviken sykehus inntil annet behandlingstilbud er etablert. I 2006 var det psykiatrisk akuttmottak, psykiatriske poliklinikker og avdeling psykisk helse i bydelene som henviste flest pasienter til Psykiatrisk akutteam. Majoriteten av

pasientene har hatt kontakt med psykisk helsevern tidligere. Oppfølgingen skjer via telefon eller ved hjemmebesøk.

Psykiatrisk akutteam har siden oppstarten blitt utvidet med nye stillinger fra flere ulike distriktpsikiatriske sentre og med to stillinger fra Bergen kommune. Fra januar 2006 har personalet vært tilgjengelig kl. 08.00 – 22.00 ukens fem første dager og kl. 9.00 – 16.00 i helger og høytider. I 2006 var ni sykepleiere ansatt i teamet, mens stillingen for psykologspesialist stod ubesatt. En psykiater er faglig ansvarlig for teamet.

2.0 Teoretisk forankring og begrepsavklaring

Lkh tar i mot enkeltpersoner som har opplevd alvorlige livshendelser i form av ”akutte psykososiale kriser” (jfr Lkhs prosedyrer) (10). I dette kapitlet redegjøres det for sentrale begrep som psykososiale kriser og behandlingstiltak.

Hva den enkelte person opplever som en psykososial krise vil være subjektivt.

Teorigrunnlaget med beskrivelser av krisereaksjoner og adekvate hjelpetiltak for enkeltpersoner (kriser) og større grupper (katastrofer) har en rekke likhetstrekk. Det vil særlig være organiseringen av hjelpetiltakene som er ulike (14).

Begrepet *psykososial* brukes i litteraturen sammen med andre begrep som psykososiale *problemer*, psykososiale *kriser*, psykososial *krisehjelp*, psykososial *tilnærming*, psykososialt *arbeid* og psykososiale *behandlingstiltak*. Nedenfor følger en kort redegjørelse for disse begrepene.

Psykososiale problemer

Forebygging av *psykososiale problemer* har vært omtalt som satsingsområde i flere offentlige dokumenter (15,16). I Sosial- og Helsedirektorates faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser (17) blir psykososiale problemer beskrevet som:

- ensomhets- og isolasjonsproblem
- mobbing
- omsorgssvikt og mishandling
- rusproblemer
- spiseforstyrrelser
- selvmord/selvmordsforsøk

”Psykososiale problemer kan defineres som psykiske plager og lidelser som har sin årsak i mellommenneskelige og samfunnsmessige forhold, og de sosiale belastningene som en antar henger sammen med slike plager. Det er også brukt om problemskapende atferd som for eksempel rusmiddelmisbruk og mobbing”

(17, s.5 – 7).

Begrepet psykososiale problemer blir i denne rapporten kritisert for å være for upresist, og det hevdes at begrepene psykiske plager og psykiske lidelser er mer presise. I St. meld. nr 16 (2002-2003) (18) ser det ut for at begrepene psykososiale problemer er erstattet av mer presise

begrep som psykiske plager, psykiske lidelser, samspillsproblem, psykisk helse, angst og depresjon, adferdsproblem, mobbing, spiseforstyrrelser, selvmord og selvmordsforsøk.

Psykososiale kriser

I Norsk indeks for medisinsk nødhjelp brukes begrepene ”personlige katastrofer”, ”dagliglivets plutselige og uventede kriser og tap” (19). Veileder for spesialisthelsetjenestens behandling etter alvorlige ulykker og katastrofer definerer begrepene traumer, trusseltraume, tapstraume og konflikttraume (20). Weiseth (21) bruker begrepet ”alvorlig stressbelastning” og ”potensielt traumatiserende hendelse” (potentially traumatic event =PTE) i stedet for ”psykisk traume”.

Kunnskap om ulike faser av normale krisereaksjoner (22-24) er viktig for å kunne avgrense normale krisereaksjoner fra tilstander som krever lengre behandling. Dette kan være akutt stressreaksjon (ICD 10, F 43.00-43.02), posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) (ICD 10 F 43.1), angstlidelser og depresjon (20,23). Weiseth (21) har hevdet at ”ideen om tidlig intervensjon bygger på den generelle erfaring at resultatene (forebyggings- og behandlingsmessig) blir best når man kommer tidlig til”.

Malt et al (23) hevder at ulike livshendelser kan oppleves belastende og utløse både følelsesmessig og atferdsmessige reaksjoner. Begrepet *krise* brukes om belastninger i form av akutte hendelser som utløser krisepregede reaksjoner. Det hevdes at flere hendelser som medfører endret livssituasjon i form av ulike overgangsperioder som ungdomstid, studietid, flytting, det å etablere seg med samboer/ektefelle er blant normale livserfaringer som kan sies å være del av det å være menneske, og noe man må regne med kan oppleves krevende. Begrepet *livskriser* kan brukes om slike hendelser. *Traumatisk krise* er brukt om mer uventede hendelser som utløser fysiske og psykiske reaksjoner etter plutselig tap av helse, barn, arbeid eller ektefelle. Disse hendelsene kan utløse *traumatiske kriser* (23).

Det hevdes at det ikke foreligger et klart skille mellom belastninger og kriser. Noen kan oppleve en hendelse som en forbigående livskrise, men andre kan oppleve samme hendelse som en traumatisk krise. Den enkeltes biologiske og psykologiske sårbarhet og erfaring med mestring av viktige situasjoner, samt den enkeltes erfaring med nære relasjoner er viktige faktorer i denne sammenheng. Hendelser som den enkelte opplever rokker ved den personlige trygghet og selvfølelse på lang sikt, vil ofte utløse de sterkeste krisereaksjoner (23).

Psykososial krisehjelp

Psykososial krisehjelp i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (19) beskrives som en intervensjonsmetode. Det pekes på ”prinsippet å styrke de kriserammedes egen mestring” i egne nettverk, og betydningen av å kartlegge ”antall barn og unge” (s.24), noe som kan sees på som et forebyggingsfokus.

Psykososial tilnærming innebærer fokus på sosiale og psykososiale forhold enten som årsak til, eller som konsekvens av erfaring med krise (25).

Psykososialt arbeid

Killen (26) har hevdet at relasjonsperspektivet er sentralt i *psykososialt arbeid*.

”Jeg bruker begrepet psykososialt arbeid til å betegne hjelpe- og problemløsningsprosesser der psykososiale problemer står sentralt, og der relasjonen yrkesutøver og klient er et viktig virkemiddel.” (26, s. 9)

Innholdet i psykososialt arbeid har tradisjonelt vært relatert til sosialt arbeid. Dette inkluderer både forebygging og behandling, både i forhold til enkeltpersoner og familier/grupper. Betydningen av nettverk og den enkeltes livssituasjon blir vektlagt (26-28).

Almvik og Borge (28) skriver at psykososialt arbeid er en betegnelse for en arbeidsmetode for sosionomer der relasjonstenkning og fokus på den enkeltes totalsituasjon er viktig. Relasjonsforståelse og psykoterapeutisk kunnskap er viktig. Den nye tverrfaglige videreutdanning i psykisk helsearbeid fra 1998 (27) erstattet fagspesifikke utdanninger for sykepleiere og sosionomer. Fordypningen som tilbys ved alle høyskoler heter psykososialt arbeid, og innebærer at flere yrkesgrupper enn sosionomer (sykepleiere, vernepleiere m.m.) får kompetanse i dette området. Sosial Vaktjeneste i Oslo har fra 1979 definert sin tjeneste som sosialt arbeid og ansetter kun sosionomer (12), mens Livskrisehjelpen i Stavanger har en mer tverrfaglig sammensatt yrkesgruppe blant personalet.

Begrepsinnholdet i psykososialt arbeid kan ligne en sosialpsykiatrisk forståelse. I en sosialpsykiatrisk forståelse vil symptomer sees mer på som et uttrykk for menneskelige behov enn som tegn på sykdom. Å forstå sosiale og kulturelle faktorerers innvirkning på psykiske

lidelser er viktig, og vil inkludere flere perspektiv enn tradisjonell psykodynamisk og biologisk psykiatri. Å arbeide med forebygging, behandling og rehabilitering for alle med psykiske lidelser i et livsløpsperspektiv vil være sentralt (29-30).

Sørugaards sosialpsykiatriske, strategiske nettverksmodell (31-32) har dannet grunnlag for dagens organisering av krise – og katastrofe psykiatri med kriseteam i bydeler. Begrepene samfunnspsykiatri og sosialpsykiatri kan sies å være ideologisk beslektet. Dette oppfattes som et tillegg og et supplement til tradisjonell psykiatri, og vektlegger sterkt teametablering, tverrfaglighet og en organisering som passer de lokale forhold.

Psykososiale behandlingstiltak

Intervensjon i form av *psykososiale behandlingstiltak* (20) betyr at det gies rom for at den som har opplevd en traumatisk hendelse får fortelle med egne ord fra hendelsesforløpet og om egne tanker, reaksjoner og følelser. Hjelperen skal lytte, normalisere reaksjoner, informere, veilede om betydningen av hjelp fra eget nettverk, tilby konkret hjelp og oppfølging i forhold til problemstillinger pasienten tar opp. Malt et al (23) hevder at tilgangen på noen å snakke med er noe av det viktigste for å mestre kriser. Selve samtalen kan bidra til å redusere både biologiske og psykologiske reaksjoner. Betydningen av omsorg, støtte og veiledning til innsatspersonell/helsepersonell både i det daglige og mer systematisk, fremheves som viktig (19-20) for å unngå sekundærtraume (33).

Tidligere forskning

Vi har ikke funnet tidligere forskning på lavterskeltilbud for enkeltpersoner på kommunalt nivå i forhold til tidlig intervensjon ved akutte kriser i Norge. Kontakt med lederne ved Livskrisehjelpen i Stavanger og Sosial Vakt tjeneste i Oslo har heller ikke medført kjennskap til relevante forskningsartikler.

Det er etablert et *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)* i Oslo og *regionale kompetansesentra* i hver helseregion. Det nasjonale kunnskapssenteret har forskning som en viktig primær oppgave, mens de regionale kompetansesentra særlig skal bistå tjenesteapparatet. NKVTSs forskningsprosjekt kjennetegnes av bestemte avgrensninger. Fokus rettes enten mot bestemte aldesgrupper (barn-unge, eldre) eller faglige tema som selvmord, vold, overgrep eller flyktningehelse (34-35).

3.0 Formål

Formålet med dette prosjektet var å kartlegge hvem som henvendte seg til Lkh i 2006, hvilke problemområder pasientene beskrev, samt hvordan personalet møtte disse henvendelsene.

På litt lengre sikt kan denne analysen gi et grunnlag for å vurdere aktuelle utviklingsområder, og derved bidra til kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring.

3.1 Avgrensning

Prosjektet har ikke hatt fokus på evaluering av hvordan pasientene eller andre vurderer tiltaket Lkh.

4.0 Materiale og metode

4.1 Dokumentasjon av henvendelser til Livskrisehjelpen

Personalet ved Lkh dokumenterer pasientens anamnese, funn, behandling og diagnosen Livskrisehjelpen ved hver oppmøtehendelse i det elektroniske journalsystemet. Telefonhenvendelser dokumenteres med behandling og diagnosen Livskrisehjelpen. Diagnosen Livskrisehjelpen er valgt av driftshensyn, og brukes for å få fram statistikk til årsmeldingen. Det registreres både henvendelser fra pasienter, deres nettverk og fra hjelpeapparatet, samt Lkhs oppfølgingssamtaler med pasienter. Dersom personer vil være anonyme, blir de vist videre til ulike hjelpetelefoner, fordi Lkhs personale er pålagt dokumentasjonsplikt. For å sikre rapportering mellom hver vakt, blir noen data om hver henvendelse registrert manuelt av personalet i en egen bok (innelåst på vaktrommet).

4.2 Registrering av prosjektdata

Lkh tok i mot pasienter fra 7. november med offisiell åpning 25. november 2005. Prosjektets fokus var kartlegging av alle henvendelser til Lkh i løpet av 2006. Oppstartsmånedene november og desember 2005 ble ikke inkludert, fordi det antas at registreringen var mer unøyaktig i etableringsfasen.

Materialet består av pasienter som henvendte seg til Lkh enten i telefon eller ved oppmøte. Personer som har vært "følge" for primærpasient inngår i materialet når det er ført journalnotat på vedkommende. Enkelte telefonhenvendelser har vært anonyme og inngår ikke i materialet. Med utgangspunkt i personalets manuelle registrering av pasientdata, har prosjektmedarbeider lest pasientenes journal. For hver samtale er det registrert ulike variabler: Bostedskommune, kjønn, alder, henvendelsesmåte (oppmøte/telefon), henvendelsestidspunkt (døgn/måned), henvisningsinstans, henvendelsesårsak, om samtalen (antall personer/lengde/nummer) og henvisninger videre.

For å redusere omfang av tastefeil og annen feilregistrering i prosjektet, er det foretatt stikkprøver og kontroll i flere omganger etter at alle tall var lagt inn.

Dataene er registrert uten opprettelse av eget personregister eller med egen registrering av fødselsnummer. Hver pasient har i første del av registreringsperioden fått en egen kode som står oppført i en bok som brukes til manuell registrering av opplysninger for å kvalitetssikre

den daglige driften. Ved registrering i datafilen ble det foretatt rekoding av alle pasienter og pasientens bostedskommune, slik at det ikke er mulig å spore data tilbake til pasientens journal.

4.3 Beskrivelse og registrering av pasientenes problemområder

Prosjektets hovedhensikt har vært å beskrive hvilke problemområder enkeltpersoner definerer som "akutte psykososiale kriser". Pasientene som henvendte seg brukte i liten grad disse begrepene, men deres situasjon var kjennetegnet av at de hadde problemer med å fungere i hverdagen overfor sine nærmeste og i jobbsituasjonen. Det kunne være enkelthendelser som var årsak til dette, men pasientens situasjon kunne også være preget av mindre dramatiske enkelthendelser, men fordi pasienten opplevde store belastninger, kunne en ny hendelse gi opplevelse av at "alt har toppet seg".

Registreringen av pasientenes problemområder i prosjektet ble foretatt ut fra en kategorisering av problem basert på Lkhs erfaringer i møte med pasientene. Disse kategoriene har personalet benyttet siden oppstarten i 2005 for å få et bilde av hvilke hendelser som dominerer. Bruken av de ulike kategoriene har vært gjenstand for diskusjon og vurdering underveis. Det er ikke objektive og helt presise grenser mellom hver kategori. Ved utformingen av prosjektets variabelliste er det tatt utgangspunkt i disse kategoriene. Henvendelsesårsakene ble inndelt i 48 enkeltkategorier og deretter samlet i totalt ti hovedkategorier fordelt på de *fire områdene*: livskriser, symptom på psykisk lidelse, sammensatte problem og ukjent årsak. Det ble benyttet totalt 42 ulike koder (48 koder i variabellisten) i registreringen av pasientenes problemområder. Prosjektmedarbeider har brukt det tall som samsvarer best med pasientenes subjektive beskrivelse av sine problemområder slik det fremkommer av teksten i det enkelte journalnotat.

4.3.1 Livskriser

Alvorlige livshendelser kan være det Dyregrov (24) omtaler som "hverdagens mange plutselige dødsfall", eller andre enkeltstående og uventede hendelser som personen opplever som krenkende. Eksempel her kan være samlivsbrudd, opplevd/erfart brå død i nær familie ved selvmord, ulykke eller sykdom, erfart vold (fysisk vold, seksuell krenkelse, psykisk vold), ran, vitne til ulykke, deltagelse i gjenopplivning ved ulykke eller andre brå og uventede hendelser.

Bekymring for andre er problemområder som ikke nødvendigvis er uventede enkelthendelser, men pasientens situasjon bærer preg av mer langvarige forløp og kan være påvirket av mer sammensatte problem. Dette kan gjelde usikkerhet om den andre har alvorlig psykisk lidelse eller avhengighetsproblem. Bekymringen kan også opptre på bakgrunn av en uventet livshendelse (som seksuell krenkelse, vold eller annet) som har medført at den andre har endret atferd. De som bekymrer seg kan være en i nær familie eller i nettverket (slektning, nabo eller person i skole system/helsevesenet).

Familieproblem – samspillsproblem er også problemområder som har vart en stund, og som kan være relasjonelle konflikter eller vanskelig samspill mellom ulike generasjoner (foreldre og barn/ungdom) eller mellom ektefeller/samboere. Relasjonelle problem kan være utrykk for at personene strever med å opprettholde grenser for hva den enkelte skal ha ansvar for, eller at høyt konfliktnivå vanskeliggjør kommunikasjonen.

Andre kriser kan være situasjoner som av pasienten oppleves som en krise, men der beskrivelsen av de andre kategoriene ikke er dekkende. Dette kan være økonomiske problemer, en opplevd krise pga kulturelle forskjeller mellom pasientens kultur og norsk kultur, somatisk sykdom hos pasienten eller hos nærstående andre personer, at pasienten mangler bolig eller andre forhold.

4.3.2 Kategorien **Mulig symptom på psykisk lidelse** er brukt både når pasienten har en diagnostisert psykiatrisk lidelse fra før, og når pasientens beskrivelser kan være utrykk for symptom på psykisk lidelse, som ikke er diagnostisert. Personalet i Lkh vurderer at pasientens beskrivelse av sine problem gir mistanke om psykisk lidelse uten at det gjøres egne screeninger eller systematiske psykiatriske diagnostiske intervju. Pasienten kan være i behandling, eller vente på behandling, eller oppleve utilfredsstillende behandling/oppfølging.

Pasienten kan beskrive sitt hovedproblem som: angstproblem og eller nedstemhet/depresjon, problemer knyttet til tvangstanker/handlinger, spiseforstyrrelser, psykotiske forestillinger (virkelighetsbrist), selvmordsfare, mistanke om oppmerksomhetsforstyrrelse (Attention Deficit Hyperactivity/ADHD), selvskading, manglende kontroll over egen aggresjon eller ulike former for avhengighetsproblematikk (rus/spilleavhengighet). Denne kategorien kan også inkludere spørsmål om personlighetsforstyrrelse eller affektiv lidelse.

4.3.3 Kategorien **Sammensatte problemer** er benyttet der både alvorlige livshendelser og mulige symptom på psykisk lidelse opptrer samtidig, og det ikke har vært mulig å definere en av disse som hovedkategori.

4.3.4 Kategorien **ukjent årsak** er brukt ved uklare og eller ukjente henvendelsesårsaker.

4.4 Statistisk analyse

Materialet er analysert med deskriptiv statistikk. Det er brukt statistikkprogrammet SPSS, versjon 14.0.

5.0 Resultater

Nedenfor følger en presentasjon av resultatene av variablene.

5.1 Beskrivelse av pasientene

Det var i alt 901 pasienter som henvendte seg til Lkh i 2006, og 23 av disse tok første gang kontakt i 2005.

Kommune, kjønn og alder

Pasientenes bostedskommune var i hovedsak Bergen (n=782) (87 %), og dette inkluderte også personer som var folkerregistrert andre steder. Det var 91 pasienter (10 %) fra andre kommuner i Hordaland. Totalt 23 pasienter (3 %) fra andre fylker og helseregioner i landet kontaktet LKH. For fem pasienter manglet det registrering av bostedskommune.

Det var kvinnene som dominerte i materialet. Av 901 pasienter var 602 (67 %) kvinner og 299 (33 %) menn (tab 1). Omtrent hver tredje pasient var i alderen 19-30 år. Lkh tok i mot pasienter med aldersspredning mellom 2 og 94 år. Gjennomsnittsalderen var 38 år og standard deviasjon 15. I aldersgruppen under 18 år var andelen kvinner 80 % og andelen menn 20 %, mens i de andre aldersgruppene var det ingen kjønnsforskjell.

Tabell 1. Kjønn og alder hos pasientene som henvendte seg til Livskrisehjelpen i 2006 (n=901)

Aldersgruppe (år)	Kvinner		Menn		Alle	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
1- 18	44	7,3	11	3,7	55	6,1
19 – 30	186	30,9	94	31,4	280	31,1
31 – 40	133	22,1	81	27,1	214	23,9
41- 50	126	20,9	57	19,1	183	20,3
51 +	113	18,8	56	18,7	169	18,8
Totalt	602	100,0	299	100,0	901	100

Henvendelsesmåte og henvisende instans

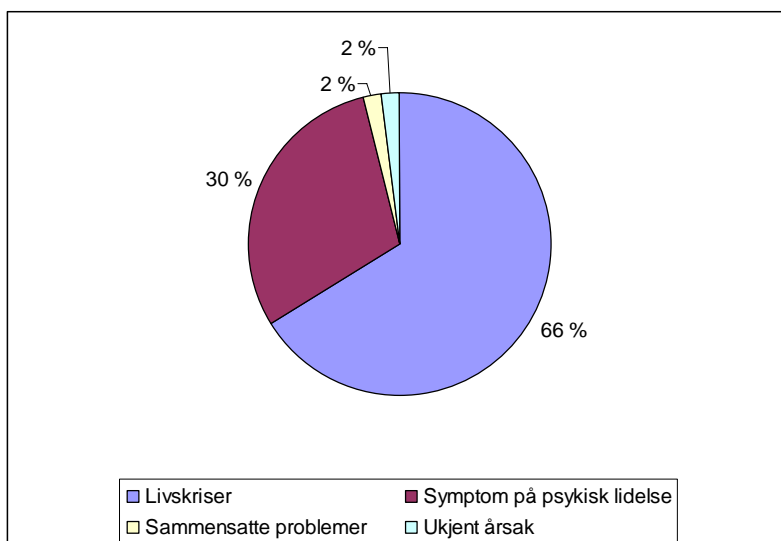
Tallene er resultat av analysen av hvem som henvendte seg til første samtale. Av de 901 pasientene som henvendte seg til Lkh tok 446 (49,5 %) første gang kontakt pr telefon, og 455 personer (50,5 %) henvendte seg første gang ved oppmøte.

Det var 763 personer (85 %) som tok kontakt på grunn av egne problem. Pårørende utgjorde 4 % av pasientgrunnet, noe som betyr at de selv var friske, men de tok kontakt med Lkh fordi de mente at noen i nær familie trengte hjelp. Lkh tok selv initiativ til første kontakt med 7 % av pasientene på bakgrunn av bekymringsmeldinger. De andre som henvendte seg var lærere/rådgivere, fastlege, helsesøster eller andre.

Noe mer enn halvparten (52 %) av pasientene (n=464) tok kontakt direkte med Lkh på eget initiativ, mens 23 % av dem (n=208) ble vist videre til Lkh av lege eller sykepleier ved andre avdelinger på Blv. Pasientens egne pårørende eller ulike personer i hjelpeapparat (barnevern, sosialkontor, fastlege, arbeidsgiver, advokater, politi, brukerorganisasjoner) henviste 226 pasienter (25 %) til Lkh. Studentenes psykologiske helsetjeneste henviste 25 pasienter (3 %) pga ventetid i denne tjenesten. Det mangler slike opplysninger om tre pasienter.

Årsaker til henvendelsene

Antall pasienter med ulike former for livskriser utgjorde 590 pasienter (66 %), mens 267 pasienter (30 %) kom med ulike symptom på psykiske lidelser (fig 1).



Figur 1. Henvendelsesårsaker til Livskrisehjelpen (n= 901)

I tabell 2 er flere enkeltkategorier samlet i hovedkategorier og deretter fordelt på fire områder *livskriser, symptom på psykiske lidelser, sammensatte problem og ukjent* (jfr kapitel 4.3). Litt under en tredel av pasientene (30 %) hadde ulike symptom på psykiske lidelser. Innen området livskriser var alvorlige livshendelser den hyppigste hovedkategori og bekymringer for andre den nest hyppigste. Innen området psykiske lidelser var den mest brukte hovedkategori depresjons- og suicidalitetsproblematikk. Livskriser ble registrert hos 69 % av kvinnene, mot 59 % blant mennene. Det var 27 % av kvinnene og 36 % av mennene som kom med mulig symptom på psykiske lidelser.

Tabell 2. Årsaker til henvendelser til Livskrisehjelpen i 2006 (n=901)

Område	Henvendelsesårsak Hovedkategori	Antall	Prosent
A. Livskriser		590	65,5
	1. Alvorlige livshendelser	265	29,4
	2. Bekymringer for andre	207	23,0
	3. Samspillsproblem i familien	67	7,4
	4. Andre kriser	51	5,7
B. Symptom på psykisk lidelse		267	29,6
	1. Depresjons- og selvmordsproblematikk	83	9,2
	2. Rusrelaterte problem	44	4,9
	3. Angstplager	44	4,9
	4. Annet	96	10,6
C. Sammensatte problemer		21	2,3
	1. Samlivsbrudd og depresjon	11	1,2
	2. Andre sammensatte problemer	10	1,1
D. Ukjent/ikke definert årsak		23	2,6
Totalt		901	100

Av de 48 enkeltkategoriene uansett område var det flest bekymringer for egne barn (tab 3). Den nest hyppigste enkeltkategori var depresjons- og suicidalitetsproblematikk, mens samlivsbrudd kom på tredje plass. Lenger ned på denne listen kommer andre symptom på psykisk lidelse (nr 4, 5 og 6). Kategoriene samspillsproblem i familien og bekymringer for bekjente deler en syvende plass. Brå død i nære relasjoner og andre uventede livshendelser kommer på en delt åttende plass. Andre årsaker innen området livskriser fremgår av tabellen, som viser de 16 vanligste årsakene. I aldersgruppen 1-18 år var seksuelle overgrep den hyppigste enkeltkategori med 25 % av pasientene.

Tabell 3. De vanligste årsaker til henvendelse (enkeltkategorier*) til Livskrisehjelpen i 2006 (n=901)

*Områder (A-D) som i tabell 2

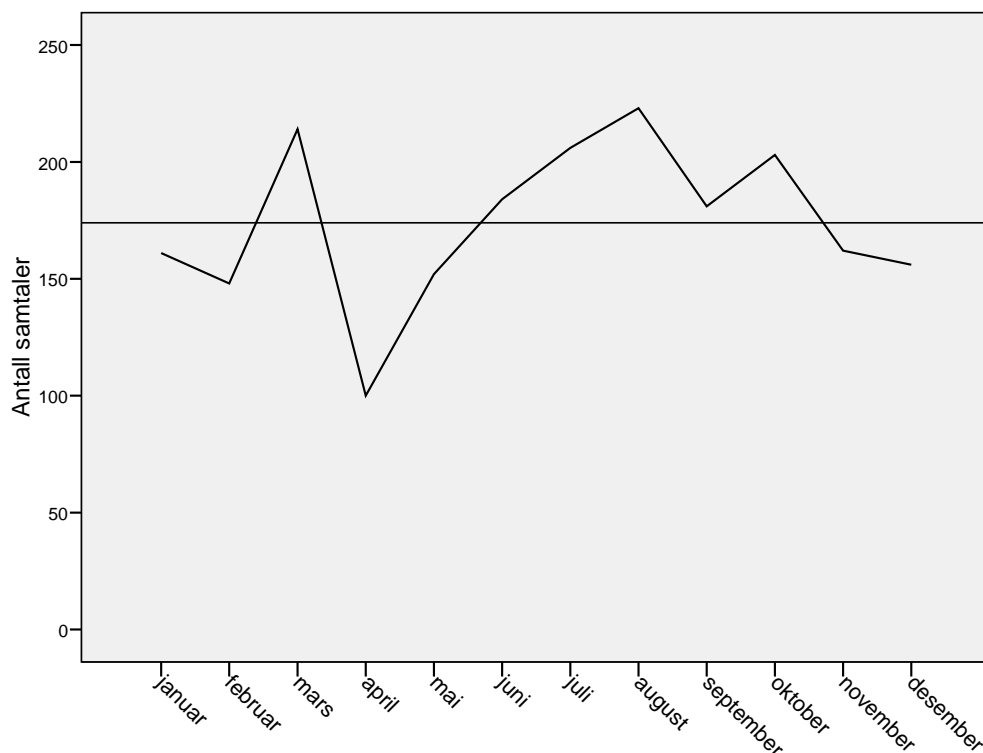
Enkeltkategori	Antall	Prosent
Bekymring for barn (A)	97	10,8
Depresjon/suicidalitet (B)	83	9,2
Samlivsbrudd (A)	63	7,0
Annen psykisk lidelse (B)	60	6,7
Rusproblemer (B)	44	4,9
Angstproblemer (B)	44	4,9
Samspillsproblem (ektefelle) (A)	36	4,0
Bekymringer for bekjente (A)	36	4,0
Brå død pga fysisk sykdom/ulykke i nære relasjoner (A)	33	3,7
Andre uventede livshendelser (A)	33	3,7
Vold i nære relasjoner (A)	32	3,6
Opplevd seksuell krenkelse (A)	31	3,4
Selv mord i familie/nært nettverk (A)	28	3,1
Bekymring for ektefelle/samboer (A)	25	2,8
Bekymring for søsken/andre slektninger (A)	24	2,7
Andre kriser (A)	24	2,7
Øvrige årsaker	208	
Totalt	901	100

5.2 Samtaler

Det ble registrert i alt 2090 samtaler ved Livskrisehjelpen i 2006.

Hvordan fordelte samtalenes seg på ulike måneder?

Antall samtaler pr måned varierte noe gjennom året, med lavest antall i april og februar med henholdsvis 100 (5 %) og 148 (7 %), og høyest antall i mars og august med henholdsvis 214 (10 %) og 223 (11 %). Gjennomsnittlig antall samtaler per måned var 174. For de andre månedene varierte samtalenes mellom 152 og 203. Antall samtaler pr måned varierte mellom 100 og 223.



Figur 2. Hvordan samtalerne fordelte seg gjennom årets tolv måneder (N= 2090)

Tidspunkt på døgnet og antall samtaler per døgn

Det var 935 samtaler på dagvakt (mandag – fredag mellom kl. 8.30 – 16.00¹), noe som tilsvarte 45 % av alle samtalerne (n=2090). På kveldsvakt (mandag - torsdag mellom kl. 16.01 – 22.30²) ble 604 (29 %) samtaler registrert, og 551 (26 %) samtaler kom i helgen (fredag kl. 16.01 – søndag kl. 20.30 samt helligdager³). Det var et gjennomsnitt på 5,7 samtaler per døgn gjennom året.

Hvor lenge varte samtalen?

Det mangler registrering av samtals lengde i 57 samtaler (3 %). Analyse av samtals lengde på de samtalerne der varigheten var registrert (n=2033), viste at samtaler mellom 1 – 10 minutt utgjorde 29 % av samtalerne. Om en slår sammen samtaler fra 1- 20 minutt utgjorde disse 45 % av alle samtalerne. Det var 652 samtaler (31 %) som varte mellom 3/4 time og 1,5 time. Samtaler på mer enn 46 minutter utgjorde 40 % av det totale antall samtaler. Gjennomsnittlig lengde på samtalerne var 43 minutter, mens medianen for samtals lengde

¹ Fra 1.januar og til og med 18. juni var dagvakt fra kl. 08.30 – 15.36.

² Fra 1. januar og til og med 18. juni var kveldsvakt fra kl. fra kl. 15.30 – 22.36.

³ Fra 1.januar og til og med 18. juni var dette fra fredag kl 15.30 til søndag kl. 22.30.

var 30. Dette betyr at halvparten av samtaler var på 30 minutt eller mindre, og den andre halvparten av samtaler var på 30 minutt eller mer.

Tabell 4. Antall samtaler fordelt på varighet (n= 2033)

Tid (minutter)	Antall konsultasjoner	Prosent
1-10	601	29,6
11-20	314	15,4
21-30	171	8,4
31-45	132	6,5
46-90	652	32,1
91-210	163	8,0
TOTALT	2033	100

Antall personer til stede i samtalen

Det var 965 samtaler der pasienten møtte opp hos Lkh. I 77 % av disse samtaler (n= 739) var pasienten alene sammen med en person fra Lkh. I 18 % av samtaler (n=172) var to personer til stede utenom personalet, og tre eller flere personer var til stede i 6 % av samtaler (n=54). I telefonsamtaler ble kun en pasient registrert. Av 2090 samtaler har Lkh vært representert med kun en person i 2088 samtaler.

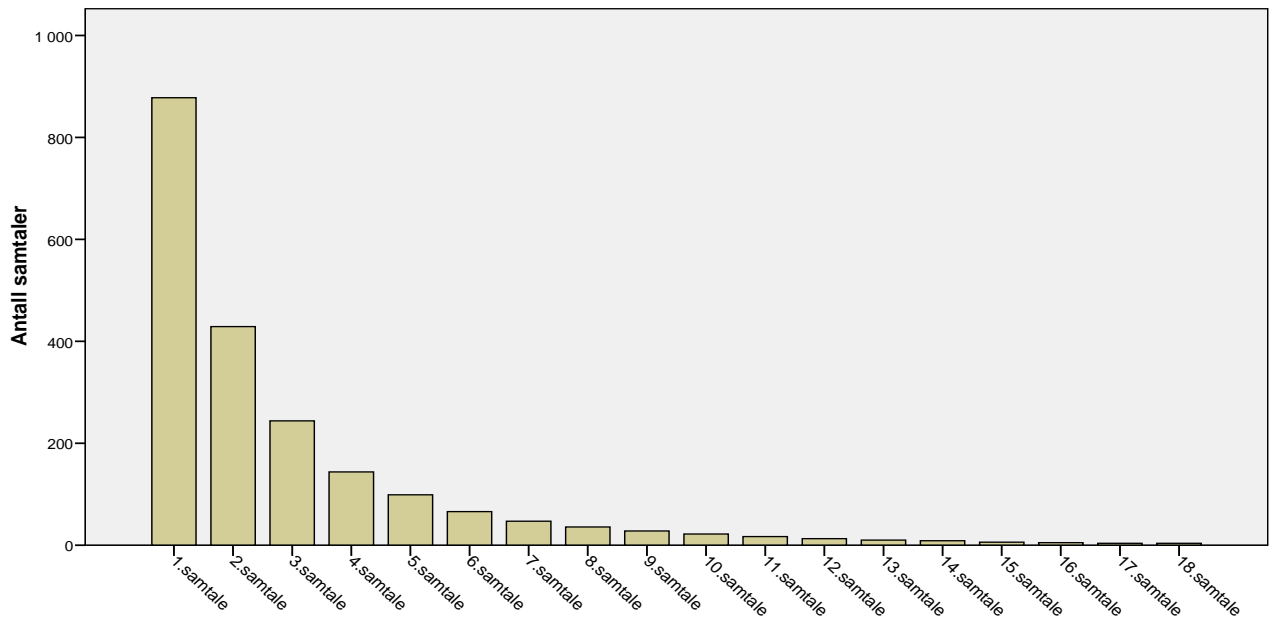
Kommer pasienten til første samtale eller til oppfølgingssamtale?

De aller fleste, 878 (97 %) av pasientene (n=901), kom til første samtale i 2006, mens 23 personer (3 %) henvendte seg første gang i 2005. Dette betyr for eksempel at de som ble registrert med andre samtale i 2006 kan enten ha hatt første samtale i 2005, eller første samtale i 2006.

I 878 tilfeller kom pasientene til første samtale (42 % av samtaler totalt), og i 429 tilfeller (20,5 %) kom pasientene til andre samtale.

Medianen for antall samtaler er 2, noe som betyr at den ene halvparten av pasientene hadde en eller to samtaler, og den andre halvparten hadde to eller flere samtaler. Antall samtaler per pasient varierte fra en til 36. Majoriteten av samtaleaktiviteten ved Lkh (81%) var med en pasient som hadde sin første, andre, tredje eller fjerde samtale. Det var altså mest vanlig at samme pasient hadde fire eller færre samtaler. Fra og med sjette til og med tiende samtale utgjorde 9,5 % av det totale antall samtaler. Det var forholdsvis sjelden at noen hadde 11 eller flere samtaler (4 %), noe som viste at det var et fåtall pasienter som stod for det høyeste antall

samtaler. Figur 3 og tabell 5 viser en oversikt over hvordan første samtale og oppfølgingssamtalene til og med samtale nummer 18 fordelte seg på totalt 2061 samtaler. Bare tre personer hadde mer enn 18 samtaler og stod dermed for de resterende 29 samtalene. Disse samtalene er ekskludert fra figur 3 og tabell 5.



Figur 3 Fordeling av samtalene på første samtale og oppfølgingssamtaler hos Livskrishjelpen (n=2061)

Tabell 5 Fordeling av samtalene på første samtale og oppfølgingssamtaler hos Livskrishjelpen (n= 2061)

Samtalenummer	Antall	Prosent
1. samtale	878	42,6
2. samtale	429	20,8
3. samtale	244	11,8
4. samtale	144	7,0
5. samtale	99	4,8
6. samtale	66	3,2
7. samtale	47	2,3
8. samtale	36	1,7
9. samtale	28	1,4
10. samtale	22	1,1
11. samtale	17	0,8
12. samtale	13	0,6
13. samtale	10	0,5
14. samtale	9	0,4
15. samtale	6	0,3
16. samtale	5	0,2
17. samtale	4	0,2
18.samtale	4	0,2
Totalt	2061	100

Pasientene med symptom på psykiske lidelser utgjorde 30 % av pasientene og stod for 36 % av samtale, mens pasientene med livskriser utgjorde 66 % av pasientene og stod for 60 % av samtale.

Ved å analysere gruppen av pasienter som hadde sin første samtale med Lkh i første kvartal 2006, fikk vi et inntrykk av antall samtaler per pasientforløp. Dette utvalget bestod av 221 pasienter som hadde 601 samtaler. Antall samtaler per pasient varierte fra en til 36 i første kvartal. Åtti prosent av pasientene i denne perioden hadde tre eller færre samtaler.

Hvor ble pasienten henvist videre?

Lkh henviste pasientene videre til ulike instanser. Dette kunne være til lege, til ulike former for psykososial oppfølging i kommunen, eller til andre instanser utenom kommunen, som brukerorganisasjoner eller spesialisthelsetjenesten. Noen pasienter ble henvist til bare en instans, noen ble ikke henvist videre, og noen ble henvist til flere instanser. Samme pasient kan bli henvist både til psykososial oppfølging hos for eksempel Lkh og til lege, men en pasient kan også bare bli henvist ett sted.

I alt 780 (37 %) av alle samtale var oppfølgingsamtaler hos Lkh. Det ble registrert 1741 henvisninger til andre instanser (tab 5). Over halvparten av henvisningene var til fastlege eller legevaktlege (54 %). Inkludert i dette tallet er også pasienter med behov for videre henvisning til spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern.

Av de 414 henvisningene som ble gjort til lege ved Blv, var 91 henvist for ytterligere vurdering hos psykiatrisk legevakt, distriktpsikiatrisk senter eller for innleggelse i psykiatrisk akuttmodtak. Det ble registrert 117 henvisninger for suicidalitetsvurdering, og de resterende henvisningene var for sykmelding, medikamentelle forhold eller for andre forhold.

Tabell 6. Henvisninger fra Livskrisehjelpen til ulike instanser i 2006 (n=1741)

Henvisningsinstans	Antall	Prosent
Fastlege	519	29,8
Legevaktlege	414	23,8
Kommunal psykiatritjeneste/kriseteam	140	8,0
Privat psykolog/studentenes psykiske helsetjeneste	71	4,1
Sosialtjenesten	59	3,4
Barneverntjenesten	39	2,2
Psykiatrisk akutteam (spesialisthelsetjenesten)	37	2,1
Politi	35	2,0
Familieterapi/samlivskurs	33	1,9
Brukerorganisasjoner	33	1,9
Andre offentlige og private instanser	361	20,8
Totalt	1741	100

Henvisning av pasienten til lege etter første samtale

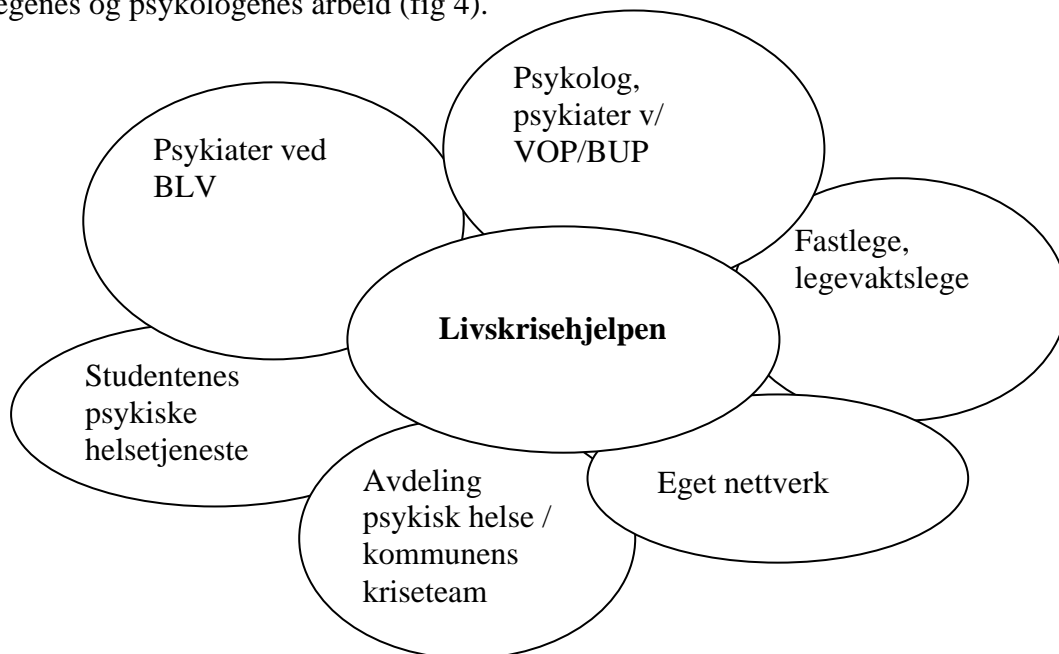
Etter første samtale med Lkh ble mer enn halvparten (54 %) (n=486) av alle pasientene ikke henvist videre til lege. Dette var enten fordi det ble vurdert at pasienten ikke hadde behov for lege, eller denne oppfølgingen var etablert fra før. Lkh henviste 20 % av pasientene til fastlegen, og 26 % av pasientene ble etter første samtale henvist videre til lege ved Blv.

6.0 Oppsummering

Denne studien viser at lavterskeltilbudet Lkh ble brukt av pasienter i alle aldersgrupper, og oftest kvinner. Pasientene henvendte seg både med livskriser og med symptom på psykiske lidelser. Lkh henviste videre til andre instanser, oftest til fastlege og legevaktelege.

Antall pasienter og årsaker til henvendelse viser at lavterskeltilbudet benyttes ved psykososiale kriser i vid forstand. I Bergen har man valgt å knytte dette tilbudet til legevakten. I mindre kommuner kan man neppe organisere et slikt tilbud på samme måte, med fast ansatte og lange åpningstider.

Lavterskeltilbudet Lkh er et eksempel på tidlig intervensjon ved kriser på kommunalt nivå. Tidlig intervensjon ved kriser og forebygging av helseproblemer forutsetter at behandling er tilgjengelig når kriser oppstår (23,36,38-39). Samtaletilbudet bør inneholde emosjonell og praktisk støtte, veiledning om normale krisereaksjoner, kognitive mestringsteknikker og selvhjelpsmetoder samt kartlegging av sårbarhetsfaktorer (36,38-39). Lkhs intervensjoner har noen fellestrekk med behandlingstilbudet i spesialisthelsetjensten. Man kan kanskje si at Lkh er et samtaletilbud som befinner seg i skjæringspunktet mellom legevaktens akutttilbud, fastlegenes og psykologenes arbeid (fig 4).



Figur 4. Oversikt over Livskrisehjelpen og sentrale samarbeidspartnere

Et tilbud som Lkh bør evalueres. En brukerundersøkelse vil kunne gi noen svar på hvilken nytte pasientene har hatt av samtalene med Lkh, og også hvorvidt pasientene har opplevd at de er blitt henvist videre til rette instans. Å få mer kunnskap om hva pasientene opplevde hjalp dem, og hva som ikke hjalp dem i den akutte intervensjonen kan være nyttig (effektstudier). Å undersøke mer om selve samhandlingen på kommunalt nivå mellom Lkh og kommunale kriseteam kan også gi noen svar på hvilken psykososial oppfølging som tilbys pasienter som opplever akutte livshendelser, og hvordan psykososial oppfølging påvirker helsetilstanden. En ny kartlegging av henvendelsene til Lkh etter noen års drift kan også gi viktig informasjon, blant annet om det fortsatt er livskriseproblematikk som dominerer som henvendelsesårsaker, eller om det er pasienter med symptom på psykiske lidelser som dominerer.

Litteratur

1. Plan for psykisk helsearbeid i Bergen 2007-2010. Bergen: Bergen kommune, 2006.
2. Voldtektsmottaket. Årsrapport. Bergen: Bergen kommune, Bergen legevakt, 2006.
3. Livskrisehjelpen. Årsrapport. Bergen: Bergen kommune, Bergen legevakt, 2006.
4. Prosedyre for kriseteamets arbeid. Bergen: Bergen kommune, (Rev.15.april), 2007.
5. Hatlestadulykken. Evalueringsrapport fra kriseteamet i Fana. Bergen: Bergen kommune, 2005.
6. Rapport fra arbeidsgruppen– fremtidig funksjon og organisering av kriseteamene. Bergen: Bergen kommune, 2006.
7. St.prp. 63 (1997-98). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.
8. Livskrisehjelpen. Informasjonsbrosjyre. Bergen: Bergen kommune, Bergen legevakt, 2008.
<http://www3.bergen.kommune.no/basic30/details/elfile.asp?docno=6753&edkid=11209> (30.6.2008).
9. Notat fra arbeidsgruppe før oppstart av Livskrisehjelpen. Bergen: Bergen kommune, udatert.
10. Livskrisehjelpen. Prosedyrer. Bergen: Bergen kommune, Bergen legevakt, 2007.
11. Kompetanseplan for Livskrisehjelpen. Bergen: Bergen kommune, Bergen legevakt, 2006.
12. Håndbok Sosial Vaktjeneste. Oslo: Oslo kommune, Oslo legevakt, 2004.
13. Psykiatrisk akutteam. Årsrapport. Bergen: Helse Bergen, 2006.
14. <http://www.kriser.no/tekst.php?id=9> (30.6.2008)
15. Norges offentlige utredninger. Flere gode levekår for alle. NOU 1991:10.
16. St.meld. Nr 37 (1992-93). Utfordringer i helsefremmende og forbyggende arbeid.
17. Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
18. St.meld. nr 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
19. Den norske lægeforening. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp 2. utg Oslo: Den norske lægeforening, 1999.

20. Waldenstrøm E. Utredning og behandling etter alvorlige ulykker og katastrofer. Veileder for spesialisthelsetjenesten i det psykiske helsevernet. Skien: Helse Sør RHF, 2003.
21. Weisæth, L. Effekt av akutt intervensjon. Oslo: Foredrag på 3. skandinaviske kriseterapeutiske konferanse. 26- 27.4 2006.
22. Cullberg, J. Dynamisk psykiatri. Oslo: Tano Forlag, 1994.
23. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.
24. Dyregrov A. Katastrofefpsykologi. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
25. Haukø W. Psykososial støtte ved kriser. I: Almvik A, Borge L, red. Psykisk helsearbeid i nye sko. Bergen: Fagbokforlaget, 2006:104-120.
26. Killen K. Faglig veiledning – et tverrfaglig perspektiv. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
27. Rammeplan og forskrift for tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Oslo: Kirke- og utdannings- og forskningsdepartementet (KUFD), 1998.
(<http://www.lovdatab.no/cgi-wifit/ldles?doc=/sf/sf/sf-20051201-1384.html>) (30.6.2008).
28. Almvik A, Borge L. (red.) Psykisk helsearbeid i nye sko. Bergen: Fagbokforlaget, 2006.
29. Almvik A, Borge L. (red.) Tusenkunstnere. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforlaget, 2000.
30. St.meld. nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helt. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
31. Sørgaard K W. Familien – møtested mellom sosialpsykiatri og familierapi. Fokus på familien 1993;1:38-48.
32. Sørgaard K W. Samfunnspsykiatrisk modellutvikling. Nordisk psykologi 1997;49:1:49-67.
33. Berge T. Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. Tidsskrift for norsk psykologforening 2005;2:42:125-127.
34. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
http://www.nkvts.no/om_senteret.htm (30.06.2008)
35. Ressurscenter om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebbygging – region Vest. Årsmelding. Bergen: Helse Bergen, 2007.(<http://www.rvts-vest.net/rvts/images/stories/pdf/rapport/rapport%202007.pdf>) (30.06.2008).

36. Dyregrov A. Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2004; 41: 787-94.
37. Dyregrov K, Nordanger DØ, Dyregrov A. Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Rapport /2000. Bergen: Senter for krisepsykologi, 2000.
38. Bisson J, Brayne M, Ochberg FM et al. Early Psychosocial Intervention Following Traumatic Events. Am J Psychiatry 2007; 164: 1016-1019.
39. Forbes D, Creamer MC, Phelps AJ et al. Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: a clinical update. MJA 2007; 187: 120-3.

Vedlegg

Variabelliste

V 0 Pasientnummer

løpenummer fra 1001 og oppover, 1- 114 (T), nr 115 – 206 (O). Anonym: fra 301 og oppover.

V 1 Hvordan skjer henvendelsen?

- 1 telefon
- 2 oppmøte

V 2 Første samtale eller oppfølgingsamtale

- 1 1. samtale
- 2 2. samtale
- 3 3. samtale
- 4 4. samtale
- 5 5. samtale
- 6 6. samtale
- 7 7. samtale
- 8 8-10. samtale
- 9 11 -15
- 10 16- 20
- 11 over 21
- 99 ukjent

V 3 Hvilken måned skjer henvendelsen?

- 1 januar
- 2 februar
- 3 mars
- 4 april
- 5 mai
- 6 juni
- 7 juli
- 8 august
- 9 september
- 10 oktober
- 11 november
- 12 desember

V 4 Tidspunkt

- 1 dagvakt: mandag – fredag mellom kl. 8.30 – 16.00 *
 - 2 kveldsvakt: mandag – torsdag mellom kl. 16.01 – 22.30 *
 - 3 fra fredag kl. 16.01 – søndag kl. 20.30 og helligdager *
- * (fra 1.januar og t.o.m. 18. juni var dagvakt fra kl 8.30-15.36, kveldsvakt fra kl 15.30 – 22.36 og helg fra fredag kl. 15.30 – søndag kl. 22.30)

V 5 Hvem henvender seg?

- 1 pasient
- 2 pårørende
- 3 LKH
- 4 lærer, rådgiver, høyskolelektor
- 5 pasientens fastlege
- 6 helsesøster/jordmor
- 7 psykiatrisk akutteam
- 8 andre
- 9 ukjent

V 6 Henvist fra andre eller kommer selv

- 1 fra hjemmet/kommer selv
- 2 BLV
- 3 LKH

- 4 AMK
- 5 Psykiatrisk akutteam
- 6 Studentens psyk helsetjeneste
- 7 rådgivningskontoret for kriminalitetsofre
- 8 Kirkens SOS
- 9 Andre (politi, advokat, Loftet, Amalie Skram, sosialkontor, familiekontor, krisesenter for kvinner, A-etat, helsesøster)
- 10 ukjent

V 7 Kommune

V 8 Kjønn

- 1 Kvinne
- 2 Mann

V 9 Alder (den dato henvendelsen skjer):

V 10 A – 10 G Hva gjelder henvendelsen? Kategorier problemområder

V 10 A Alvorlige livshendelser

- 11 Samlivsbrudd og eller utroskap
- 12 brå død pga fysisk sykdom/ulykke i nær familie
- 13 vold i det offentlige rom, inkludert ran
- 14 vold i det private rom
- 15 opplevd trusler
- 16 opplevd seksuell krenkelse/overgrep
- 17 selvmord i nær familie/nettverk
- 18 alvorlig selvskading, selvmordforsøk i nær familie
- 19 alvorlig fysisk sykdom hos pasienten eller i nær familie (ikke dødsfall)
- 20 vitne til ulykke/død og deltagelse i gjenopplivning
- 21 annet

V 10 B Bekymring for andre

- 31 foreldre som er bekymret for en sønn eller datter (inkludert stedatter, stesønn).
- 32 en eller flere søsken er bekymret for en eller flere av foreldrene.
- 33 en ektefelle/samboer
- 34 søsken eller andre nære slektninger
- 35 andre slektninger eller noen i bekjentskapskretsen
- 36 en lærer/rådgiver/helsesøster som er bekymret for en elev/student
- 37 naboer (som ikke kjenner pasienten)
- 38 andre

V 10 C Familieproblem – samspillsproblem

- 41 voksne/foresatte opplever samspill med barn/ungdom vanskelig
- 42 barn/ungdom opplever samspill med foreldre/foresatte vanskelig
- 43 ektepar/samboene som er uenige om barnefordeling
- 44 ektepar/samboere som tar opp andre forhold
- 45 andre relasjoner

V 10 D Mulig symptom på psykisk lidelse

- 51 angstplager
- 52 depresjon inkludert suicidalproblematikk
- 53 psykose?
- 54 både angst og depresjon
- 55 rusrelaterte problem i tillegg til mulig symptom på psykisk lidelse
- 56 tvang/ spiseforstyrrelser/spilleavhengighet
- 57 ADHD/ aggresjonsproblematikk
- 58 selvskading
- 59 annet

V 10 E Både alvorlige livshendelser og mulige symptom på psykisk lidelse

- 61 samlivsbrudd (11) og angst (51)
- 62 Samlivsbrudd (11) og depresjon/suicidalitet (52)
- 63 brå død (12) og angst og depresjon (54)
- 64 privat vold (14) og depresjon/suicidalitet (52)
- 65 opplevd trusler (15) og angst (51)
- 66 seksuelle overgrep (16) og selvskading (58)
- 67 selvmord (17) og angst og depresjon (54)
- 68 seksuelle overgrep og rusproblem i tillegg til mulig psykisk lidelse
- 69 annet

V 10 F Andre kriser

- 71 økonomiske problem
- 72 fysiske plager/ sykdom (mindre alvorlig enn nr 19 i V 10 A)
- 73 vanskelig å tilpasse seg og forstå kulturelle forskjeller, den norske kultur
- 74 bostedsløs
- 75 annet

V 10 G Ikke klassifiserbar eller ukjent

- 99 Ikke klassifiserbar eller ukjent

V 11 Hvor lenge varer samtalen?

Registreres med en, to eller tresifret tall som angir antall minutter.

V 12 Antall personer til stede i samtalen utenom personalet

- 1 1 person
- 2 2 personer
- 3 3 personer
- 4 4 personer
- 5 5 personer
- 6 mer enn 5

V 13 – V 15 Hvordan henvises pasienten videre?**V 13 Henvises lege**

- 1 BLV lege for vurdering av viderehenvisning (til BLV psykiater, DPS, PAM)
- 2 BLV lege for vurdering av suicidalitet (*etter 14/2-06*)
- 3 BLV lege for annet (medikament, sykmelding, fysiske forhold)
- 4 fastlege
- 5 ingen

V 14 Henvises psykososial oppfølging (kommunenivå)

- 1 generell informasjon og støtte med formål at pasienten selv tar kontakt videre
- 2 SO rådgiver v/ BLV (voldtekstmottak)
- 3 avtalt oppfølging med LKH
- 4 Avd psykisk helse/kriseteam i bydelene
- 5 Sosialtjenesten
- 6 Barnevernstjenesten (i bydelen eller til barnevernvakten)
- 7 Annet
- 8 ingen

V 15 Henvises andre instanser

- 1 Helse Bergen, psykiatrisk akutt team
- 2 Psykolog/Studentenes psykiske helsetjeneste
- 3 Familieterapi/samlivskurs
- 4 Pasient – støtteforeninger (LPP, Mental helse, angstringen, lesbisk/homofil, incestsenter)
- 5 politi
- 6 annet (A-etat)
- 7 Ingen