

Journalinstruks for patienter henvist med psykisk problemstilling

Patienter henvist med psykosocial problematik omhandler et bredt spektrum af problemstillinger, som kan omfatte både arbejdsmæssige, private og personlige faktorer. Journaloptagelsen følger afdelingens almindelige journalinstruks - med fokus på følgende elementer:

Dispositioner – spørg til psykiske sygdomme hos forældre, søskende, børn etc., evt. manglende kendskab til biologiske forældre. Spørg også om misbrug eller selvmord i familien.

Tidligere psykisk – spørg om patienten har været indlagt, har modtaget psykiatrisk eller psykologisk behandling. Har patienten tidligere haft lignende symptomer – og hvordan forløb disse? Spørg også om patienten har gået til skolepsykolog eller været anbragt uden for hjemmet. Har pt. haft let ved at knytte og bevare relationer, eller haft mange afbrudte relationer og arbejdsforhold? Hvorfor? Ved indtryk af ustabilitet: Misbrug? Kriminalitet?

Erhvervseksponering

Tag udgangspunkt i henvisningen. Det drejer typisk om belastninger indenfor nedennævnte områder. Spørg ind til den relevante problematik og prøv at få en så konkret beskrivelse af hændelse(r) som muligt, gerne med dokumentation (fx indberetningsskemaer, referater). Vær opmærksom på, at du kun får patientens version af historien. Spørg evt. hvordan pt. mener andre ville beskrive situationen.

Generelt

Ved store omfattende sager: prøv at få overblik over hændelser og kronologi, så du kan opsummere belastningsperiode/varighed, belastningstype. Fortab dig ikke i detaljer, men anfør gerne enkelte eksempler, som kan beskrive belastningen.

Spørg hvad – og om - der er gjort for at afhjælpe. Hvad patienten har gjort – talt med leder/TR/fagforening - for at afhjælpe problemet. Har det ført til noget?

Er arbejdsmiljøorganisationen gået ind i sagen? Har andre ansatte har været udsat for lignende? Er der flere sygemeldte for lignende? Har andre ansatte sagt op? Har Arbejdstilsynet været involveret? Tidligere arbejdsmiljørapporter? Er der et udækket behov for forebyggelse/indsats på arbejdspladsen?

Har patienten overvejet at søge væk?

Vold og trusler

Har patienten været udsat for vold/trusler?

Hvornår? Spørg ind til hændelsesforløbet: hvor foregik det, var patienten alene etc.

Alvorlighedsgrad: oplevede patienten trusler mod liv eller førlighed for egen person, pårørende, personer som patienten havde ansvar for, andre? Hvad skete bagefter?

Hvordan er hændelsen blevet håndteret af arbejdspladsen, lederen, kollegerne? Er patienten blevet tilbudt psykologhjælp, debriefing, ingenting?

Er vold/trusler "almindeligt" forekommende begivenheder (fx på visse socialpædagogiske bofællesskaber)? Har arbejdspladsen en nedskreven politik i tilfælde af vold/trusler? Er der taget skridt til forebyggelse af gentagelser?

Har patienten været vidne til/involveret i voldsomme hændelser?

Hvad er blevet gjort? Af arbejdsgiver? Kolleger? Behandling: Læge, Psykolog, andre - effekt?

Sygemeldt i forbindelse med dette? Anmeldt? Andre lignede tilfælde på arbejdspladsen?

Forebyggelse?

Har patienten tidligere været udsat for vold/trusler eller voldsomme hændelser, og hvordan har patienten tidligere reageret? Haft behov for hjælp - hvilken? Effekt? (symptomer fortsat/aftaget/ophørt)

Mobning/chikane/konflikter

Hvori bestod mobningen/chikane/konflikten? Hvem mobbede? Hvor længe? Vidner? Støttende personer? Hvad er blevet gjort? Af arbejdsgiver? Kolleger? Har arbejdspladsen en mobbepolitik? Psykolog/rådgiver på arbejdsplads/individuel – hvis ja, effekt? Sygemeldt i forbindelse med dette? Anmeldt? Andre lignende tilfælde på arbejdspladsen? Forebyggelse?

Arbejdspres

Har patienten haft et stort arbejdspress? Hvordan, hvor længe. Arbejdet over – hvor ofte, timer per uge? Weekender, aftner? Online i fritid og ferier? Er der krav herom fra arbejdspladsen? Har patienten haft arbejdsopgaver med mange indlagte deadlines? Beskriv. Har der været mulighed for hjælp til prioritering af opgaverne?

Manglende støtte – fra leder? – fra kolleger? Har pt. forsøgt at bede om hjælp? Hvorfor (ikke)? Reaktion? Hvordan er kulturen på arbejdet? Kan man bede om hjælp? Har patienten det godt med sin leder? Kan man få støtte og hjælp fra kollegerne?

Uklar ledelse

Er der uklar ledelse/flere ledere/uforenelige krav?

Særlige psykiske belastninger i arbejdet?

Fx arbejde med udadreagerende beboere, psykisk syge misbrugere, farlige indsatte i fængsler, hospitalsafdelinger for uhelbredeligt syge. Særligt ansvarsfulde job med krav til overblik i akutte-/katastrofesituationer eller andre risici for alvorlige konsekvenser ved mindre fejl.

Andre belastninger i privatlivet?

Husk at spørge om der har været andre belastninger i samme periode – fx svære økonomiske problemer, skilsmisse, omsorgskrævende børn/forældre/ægtefælle etc., dødsfald, alvorlige konflikter med familie eller pårørende, naboer etc.

Sygehistorie

Generelt :

Få overblik over sygehistorien - debut, symptomer, og forløbet til nu. Er der stillet en diagnose og af hvem?

Hvad har der været af behandlingstiltag og har de haft effekt? Får patienten anti-depressiva?

Hvem har iværksat behandlingen? Hvor længe? Effekt? Behandling hos Psykolog?

Har patienten været hos egen læge og er der foretaget en somatisk udredning (blodtryk, blodprøver)?

Spørg altid ind til Alkoholforbrug. Mange bruger alkohol som selvmedicinering. Spørg også til øvrigt misbrug (medicin, hash, andre stoffer).

Beskriv status og funktionsevne:

Hvordan går det nu – er symptomerne bedret/forværret/uændret fra debut?

Hvordan fungerer patienten på arbejde? Er patienten sygemeldt/deltidssygemeldt/opsagt?

Hvordan fungerer patienten privat? Deltager i sociale aktiviteter? Overkommes de huslige gøremål, kan patienten handle ind, tage telefonen, passe sport og interesser, personlig hygiejne?

Har patienten ændret sig psykisk sig i forhold til tidligere?

De psykiske tilstande og sygdomme, som henvises til Arbejdsmedicinsk afdeling, omfatter almindeligvis belastningsreaktioner (F 43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion og F43.9 Belastningsreaktion uspecifik), depression (F32.9), angst (F41.9) og/eller Z-diagnoser

vedrørende dårligt psykisk arbejdsmiljø (Z56.3 stressende arbejde, Z56.4 disharmoni med leder/kolleger, Z56.6 anden mental belastning på arbejdet).

Ved mistanke om PTSD* (F43.1) spørges om følgende symptomer:

(*se særlig ARMONI-instruks)

Har patienten tilbagevendende genoplevelser af traumet, såkaldte "Flashbacks", som kan opstå både i vågen tilstand og i søvne som mareridt.

Oplevelse af stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet.

Er der undvigeadfærd fx i forhold til at komme i nærheden af stedet, eller i situationer der minder om begivenheden?

Har patienten amnesi for traumet? Var oplevelsen af traumet af katastrofeagtig karakter?

Har patienten følgende psykiske symptomer:

Søvnbesvær med påvirket indsovning eller natlig opvågen?

Irritabilitet eller vredesudbrud?

Koncentrationsbesvær?

Tendens til sammenfaren og vagtsomhed (hypervigilitet) – fx ved møde med personer, der ligner eller minder om hændelsen?

Har patienten ændret sig i forhold til før hændelsen?

Er patienten deprimeret?

Ved mistanke om depression (F32.) spørges om følgende symptomer:

Symptomerne skal have været til stede gennem de sidste 2 uger:

Kernesymptomer:

Forsænket stemningsleje med **nedtrykthed**, **nedsat lyst og interesse** for dagligdags ting, som tidligere har oplevedes værdifuldt, samt **nedsat energi** og øget træthæd.

Ledsagesymptomer:

Er selvtilliden påvirket negativt, føler patienten skyld? Er patienten plaget af selvbebrejdelser eller skyldfølelse? Tænker patienten på om livet er værd at leve, overvejer patienten at tage sit liv? Har patienten problemer med at tænke eller koncentrere sig? Er søvnen påvirket (tidlig opvågning, Symptomer værst om morgenen)? Er appetitten påvirket (vægttab/vægtøgning)?

Nedsat seksuel lyst?

Faresymptomerne er:

Nedsat stemningsleje (gråd, forstemthed, ingen smil). Negativt påvirket selvværd med selvbebrejdelser. Nedsat energi. Påvirket søvn. Manglende lyst til at leve, selvmordtanker. Udspørg direkte til selvmord: Tænker du at livet ikke er værd at leve? Har du overvejet at gøre en ende på livet? Hvis ja, altid spørg ind til om patienten har overvejet og gjort sig konkrete tanker om selvmord. Tager patienten afstand fra at føre tanken til handling og hvad hindrer patienten i selvmord?

NB! Hvis patienten vurderes selvmordtruet, skal patienten følges til psykiatrisk skadestue.

Ved mistanke om belastningsreaktion* (F43.9) spørges om følgende symptomer:

*arbejdsrelateret stress hører til denne kategori hvis symptomer sv.t. belastningsreaktion.

Som ved den posttraumatiske belastningsreaktion, kræver også den uspecifikke belastningsreaktion sammenhæng med en eller flere, nødvendige og tilstrækkelige, belastende begivenhed(er) uden hvilke(n) tilstanden ikke ville være opstået. Individuel disposition og sårbarhed er almindeligvis medvirkende faktorer, men den traumatisk hændelse/den længerevarende belastning er den primære og dominerende årsagsfaktor for at stille F43-diagnoserne.

Symptomer ved belastningsreaktion kan ligne symptomerne ved PTSD og depression, som bør medtænkes som differentialdiagnoser. Der kan se et broget symptombillede, som omfatter emotionelle symptomer (påvirket humør, nedtrykthed, grædeture, nedsat selvværd), angst, somatiske symptomer (hjerterebank, hovedpine, svimmelhed, mavegener, svedtendens). Kognitive symptomer (problemer med koncentration, overblik, glemsomhed, indlæringsbesvær, desorientering fx ikke at kunne finde vej, samt ordmobiliseringsbesvær). Ofte er søvnen påvirket (fx indsovningsbesvær, natlig eller tidlig opvågen med tankemylder og

vanskelighed ved at falde i søvn igen). Manglen på søvn påvirker igen energien, de emotionelle og kognitive symptomer.

Funktionsnedsættelse i forhold til deltagelse i socialt liv og aktiviteter (isolationstendens, vanskelighed ved fx at købe ind, stå i kø, tage telefonen).

Mistet lyst til sex?

Angst (F41.9):

Angst som primære og væsentligste symptom ses ved fx panikangst, generaliseret angst og egentlige fobier. Angst kan altså både være del af symptombilledet som i belastningstilstandene og depression, men også en selvstændig lidelse – som kan opstå spontant eller i tilknytning til særlige situationen – forekomme i anfald (panikangst) eller mere generaliseret og vedvarende.

Angst er karakteriseret af anfaldsvise symptomer med hjertebanken, trykken i brystet, kvælningssfølelse, svimmelhed, uvirkelighedsfølelse, frygt for at dø/blive sindssyg/miste kontrollen/falde om.

Den kliniske vurdering - Objektivt psykisk:

Er patienten vågen, klar, orienteret? Fremtræder patienten venlig/vredladet/fåmælt.

Vurdér det psykomotoriske tempo – er patienten træg/langsom/mimikfattig, kan du få øjenkontakt? Er patienten agiteret – rastløs/argumenterende/vredladet. Nedtrykt, grædende? Hukommelses-/koncentrationssvækket (holdes tråden, springende tankegang, fortabende sig til detaljer, associerende)? Fremstår patienten normalt begavet? Reel?

Ved grædende patient – er gråden konstant/relateret til omtale af hændelse/situation? Kan patienten bringes til at smile?

Er patienten psykotisk (springende og uindfølelig tankegang, vrangforestillinger)? Vurderes patienten selvmordstruet (spørg ind)?

Suppler evt. med et scoringsskema fx Major Depression Spørgeskema (ICD-10) eller Hamilton Depressionsskala – brug ikke scoringsredskaber til at stille diagnose, men fx til at følge et forløb.

Resumé og konklusion

Udformes efter den generelle journalinstruks.

Tag stilling til følgende, hvor det er relevant:

- Er der behov for yderligere udredning og behandling?
 - Som hovedregel lægges op til egen læge at vurdere vedr. medicinsk behandling. Hvis du mistænker at patienten har en depression kan patienten opfordres til at søge egen læge – som enten selv kan starte behandling eller henvise til psykiater (som er gratis, men ofte med lang ventetid), psykolog (visse tilstande kan medføre gratis behandlingstilbud. ellers er det dyrt). Mange arbejdspladser har abonnemeter (fx Falck Health Care) med mulighed for et antal gratis psykologsamtaler. Spørg om patienten har en sundhedsforsikring – der indgår ofte tilbud om gratis psykologhjælp.
 - I særlige tilfælde, fx ved behov for hurtigere vurdering af depression eller uklar psykiatrisk diagnose, kan man - efter konference – søge telefonisk råd eller henvise til Liaisonpsykiatrisk afdeling, BBH. (*NB! Lilli vil kontakte psykiatrisk afd for at høre nærmere vedr henvisningsprocedure*).
 - Nogle praktiserende læger har erfaring med samtaleterapi eller kan anbefale psykologer, men ofte er patienterne henvist til et uoverskueligt og dyrt behandlermarked. Hvis patienten ikke har mulighed for psykologhenvisning (via arbejdsplads, fagforening, helbredsforsikring el.lign), er der mulighed for

egenfinansieret psykologbehandling – hjemmesiden sakt.dk/terapeuter har oversigt over kognitivt-terapeutisk-uddannede psykologer.

- Der er mulighed for gratis rådgivning og behandling ved nedenfor nævnte instanser (se Bilag A).
- Rådgivning vedr. symptomerne for psykiske belastningstilstande, depression, angst
 - Forløbet af belastningsreaktion kan tage tid, men symptomerne er reversible, også de kognitive (patienten er ikke ved at blive dement).
 - Udlevér pjecen om stress.
- Anmeldelse? – informér om flg.:
 - Arbejdsgiver bliver gjort opmærksom på anmeldelsen (eksponeringsbeskrivelsen kan blive fremsendt)
 - Hvis patienten ikke ønsker sagen behandlet i Arbejdsskadestyrelsen, skal patienten aktivt meddele ASK dette. Ellers er samtykke stiltiende
- E-mail til Arbejdstilsynet vedr. specifikke arbejdsmiljøforhold
 - AT har en psykisk task force der typisk kan bidrage til at håndtere problemstillinger udløst af organisatoriske forhold (fx arbejdets organisering, for meget arbejde)
- Rådgivning vedr. den fremtidige arbejdssituation
 - Fortsat sygemelding?
 - Skal patienten søge andet job?
 - Skal patienten søge anden branche?
 - Ved mere vidtgående rådgivning, anbefal da patienten at søge hjælp i fagforening, A-kasse, eller jobcenter.
- Hvis patienten skal fortsætte i sædvanligt arbejde
 - Kan vi anbefale ændringer og er de realistiske?
 - Er der mulighed for ændring af arbejdsopgaver – med udgangspunkt i jobbet fx ophøre specialist-, ledelses- eller TR-funktion, reduktion/fritagelse for belastninger.
 - Er en kontakt fra os til arbejdspladsen relevant?
- Andre konkrete råd
 - Reduktion og fritagelse for belastninger i privatlivet.
 - Livsstil: Har perioden været præget af øget forbrug af alkohol, beroligende medicin og lign., henvis da til videre rådgivning hos e.l.
 - Vil patienten have glæde af anbefaling vedr. motion?
- Ved faglige uoverensstemmelser (fx trussel om firing/bortvisning, manglende løn)
 - Anbefal kontakt til fagforeningen
- Afslutning med ovenstående råd eller opfølgning her, i så fald plan for dette.