

Håndbok Psykiatrisk legevakt

Studentutgave 2005

Pasientbehandling

Målgruppe

Psykiatrisk legevakt skal gi god poliklinisk akuttpsykiatrisk service til Oslos befolkning, og er en del av førstelinjetilbudet uten henvisningsplikt.

Vår spesialkompetanse er

- Vurdering og behandling av akuttpsykiatriske tilstander
- Selvmordsvurderinger
- Innleggelsesvurderinger

Konsultasjonens innhold

Konsultasjonen skal avklare det akutte behandlingsbehovet, og skal derfor konsentrere seg om det aktuelt presenterte problemet og hva som utløste dette.

Undersøkelsen skal være fokusert og skal i første rekke ta stilling til tre spørsmål:

- Hva slags tilstand foreligger?
- Hvilke akutte tiltak er det indikasjon for?
- Hvilket nettverk fins?

Alle konsultasjoner skal munne ut i en vurdering med forslag til tiltak, og pasienten skal som hovedregel tilbys

kopi av egen journal dersom dette ikke vurderes som kontraindisert. Konsultasjonen bør vanligvis gjennomføres på under en time.

Vi skal bidra til å opprettholde behandlingsallianser som allerede fins ved å henvise pasienter tilbake til fast behandler. Vi skal ikke følge opp pasienter. Pasienter som har vært hos oss bør avsluttes eller henvises videre til lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).

Mange som kommer til oss har et stort meddelelsesbehov. Vi skal i det enkelte tilfelle vurdere om dette skal møtes eller settes grenser for.

Journalføring

Alle som yter helsehjelp har plikt til å føre journal. I Helsepersonelloven § 39. I § 40 står det: ”Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen”. Alle må kjenne Forskriften om pasientjournal.

Pasientjournalen er først og fremst et arbeidsdokument for helsepersonell og skal bidra til forsvarlig behandling. Dette har betydning for hvilke opplysninger som føres i journalen. Dersom journalen inneholder for få opplysninger eller blir for vidløftig, vil den ikke være egnet til å sikre forsvarlig pasientbehandling. Pasientjournalen skal gjøre det mulig å kunne avgjøre om pasienten har fått oppfylt sine rettigheter, for eksempel i forbindelse med en klagesak.

Journalen skal ikke inneholde krenkende ord eller uttrykk. Den bør være fokusert, ikke være for lang og omfattende og den skal alltid inneholde en vurdering. Vi ønsker å innarbeide en kultur på vaktene der vi gir hverandre tilbakemelding på journalene som en del av teamarbeidet.

Journalen bør inneholde følgende kategorier:

Bakgrunnsopplysninger:

Hvilke bakgrunnsopplysninger som skal innhentes vurderes i forhold til den aktuelle problemstillingen. Her bør det kort omtales boligsituasjon, nettverk, ansvar for mindreårige barn og inntektskilde samt tidligere kontakter med det psykiatriske behandlingsapparatet.

Aktuelt:

Her skal fremgå den umiddelbare foranledningen til henvendelsen samt utviklingen av plager innenfor den aktuelle tidsperioden.

Status presens:

Her skal pasientens adferd, følelser og tenkning beskrives slik undersøker kan observere det. Her skal selvmordsvurderingen fremkomme, likeledes psykotiske symptomer.

Vurdering:

Her skal undersøker stille en tentativ symptomdiagnose, beskrive fremtredende personlighetstrekk samt utløsende situasjon.

Tiltak:

Her skal det beskrives hvilke tiltak som iverksettes.

Mange av pasientene som kontakter oss, har journal fra før. Innhenting av opplysninger må derfor tilpasses en vurdering av om ovennevnte punkter synes rimelig dekket i foreliggende journal. Da bør man henviser til dato for tidligere journal.

Etter en konsultasjon bør pasienten tilbys kopi av journalen, dersom det ikke er spesielle grunner som taler mot det.

Vurdering av selvmordsrisiko

Vurdering av selvmordsfare hører med til de vanskeligste oppgaver i medisinen. Dette henger sammen med at selvmord forekommer sjelden og at selvmord er en sammensatt og kompleks handling.

De fleste erfarne psykiatere har opplevd at pasienter har tatt livet sitt selv når selvmordsfaren var vurdert som liten. Ikke desto mindre viktig er det å dyktiggjøre seg på dette feltet.

Vurdering av selvmordsfare baserer seg på kunnskap om statistiske risikofaktorer for selvmord samt et personlig klinisk intervju.

Selvmordsrisiko forstås som en vurdert risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. Vurdering av selvmordsrisiko er således både en vurdering av en person og en situasjon.

Statistiske risikofaktorer

Den viktigste statistiske risikofaktor for selvmord er psykisk lidelse og av dem primært depresjon.

I psykologiske autopsistudier finner en at mellom 80 og 90 % av dem som tar livet av seg, har en psykisk lidelse på selvmordstidspunktet.

Depresjon finnes ved omtrent halvparten av selvmordene, men mennesker med rusmisbruk, personlighetsforstyrrelser, spesielt ustabil personlighetsforstyrrelse, og

schizofreni har en betydelig økt risiko for å ende sitt liv i selvmord.

Andre statistiske risikofaktorer for selvmord er tidligere selvmordsforsøk, opplevd selvmord i familien, belastende livshendelser.

Aktuelle belastende livshendelser er ofte brudd i viktig relasjon til et annet menneske eller svær krenkelse. Det er også påvist økt risiko for selvmord ved enkelte somatiske lidelser.

Kunnskap om ulike statistiske risikofaktorer for selvmord gir imidlertid begrenset hjelp når man som kliniker skal vurdere risikoen for selvmord hos en bestemt person i en bestemt kontekst, men det bidrar til å analysere pasientens risikoprofil i forhold til selvmord.

Generell psykiatrisk undersøkelse

Den kliniske vurderingen av selvmordsrisiko tar utgangspunkt i en generell psykiatrisk undersøkelse. Vi forsøker å finne ut om det foreligger en psykiatrisk lidelse som vi vet er forbundet med økt selvmordsrisiko og om personen tidligere har gjort selvmordsforsøk. Risiko for selvmord øker med antall forsøk. I undersøkelsen må man være spesielt årvåken med henblikk på såkalte presuicidale symptomer:

- Håpløshet og resignasjon
- Angst og panikk
- Agitasjon og rastløshet

- Tilbaketrekning og autisme
- Aggresjon
- Virkelighetsflukt

Spesifikke spørsmål

I tillegg til generell undersøkelse er det nødvendig å stille spesifikke spørsmål som går mer direkte på selvmordstilbøyelighet. Viktige spørsmål å få svar på i denne sammenhengen er:

- Hvordan har pasienten mestret belastninger tidligere? (mennesker mestrer i fremtid stort sett som i fortid)
- Tidligere selvmordsforsøk (tidspunkt, antall og alvorlighetsgrad)
- Foreligger livstruende affekter (håpløshet, selvforakt, morderisk raseri, forlatthet) og i hvilken grad holder pasienten ut disse følelsene?
- Kartlegging av nettverk (pårørende, venner behandler e.l.)
- Har pasienten selvmordstanker og planer, og hvor hyppige og konkrete er disse? (Hvor på skalaen fra passive dødsønsker til konkrete selvmordsplaner befinner pasienten seg? Kommer selvmordtankene av og til eller er de til stede kontinuerlig? Har pasienten bestemt seg for metode og gjort konkrete forberedelser?)
- Hører pasienten stemmer som forteller at han/hun skal skade seg selv eller andre?

Umiddelbare tiltak

Svært ofte er det sterk psykisk smerte som driver et menneske til selvmordsatferd. Følgelig er demping av psykisk smerte et sentralt tiltak som kan redusere selvmordsrisiko betydelig. Dette gjøres bl.a. ved å:

- Bekrefte pasientens opplevelse av smerte
- Bearbeide de intense følelsene, reaksjonene og skuffelsene
- Bekrefte ikke-suicidale løsninger
- Mobilisere nettverket
- Benytte angstdempende medisiner
- Tilby overnatting på OBS-posten
- Vurdere innleggelse

Av retningslinjene ovenfor framgår det at reduksjon i selvmordsfare gjøres dels ved å gjøre noe med situasjonen pasienten befinner seg i, dels ved å gjøre noe med pasienten.

Dokumentasjon

I journalnotat skal det framgå hvilke funn selvmordsvurdering er basert på under avsnittet ”status”, og hva legens vurdering er under avsnittet ”vurdering”.

Vurdering skal alltid spesifiseres i forhold til tid og situasjon. Det skal altså framgå i hvilken situasjon pasienten vurderes å være i selvmordsfare og hvor lang tid framover denne vurderingen gjelder. Formuleringen

”pasienten vurderes ikke som suicidal”, uten andre opplysninger, er for lite spesifikk.

Oppfølging etter suicid

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

Hvis sekretæren blir varslet, vil hun kontakte seksjonsledelsen, som vil kontakte den eller de behandlere som har vært i kontakt med den suiciderte til en samtale. Denne samtalen bør skje så raskt som mulig og samtidig innebære planlegging av videre tiltak.

Ansatte som får vite at pasienter som har vært i kontakt med oss har begått selvmord, bør varsle seksjonsledelsen, slik at de kan innkalle behandler til samtale.

Ved selvmord og selvmordsforsøk vil det av og til rettes kritikk mot behandlere som har vært involvert, fra pårørende eller offentlig helsemyndighet. Det er viktig med så vel faglig som emosjonell bearbeidelse av dette. Den emosjonelle bearbeidelsen bør skilles fra den faglige gjennomgangen av avvikshendelsen. Kollegial støtte er svært viktig.

Sykehusinnleggelser

Psykisk helsevernloven

Det er lovens intensjon å redusere bruken av tvang til et absolutt minimum. Det er også et mål for oss.

Lege skal foreta personlig undersøkelse av pasienten og utferdige skriftlige legeopplysninger og legeerklæring, i følge § 3.4. Dette er utdypet i Forskrift om etablering av tvunget psykiske helsevern mv. § 2.

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

Lege skal underskrive legeopplysningene alene. Spesialsykepleier skal ikke underskrive innleggelsespapirer for å unngå tvil om at legen har undersøkt pasienten og er ansvarlig for innleggelsen.

Det er i regelen lege som skal kontakte akuttpsykiatrisk avdeling for å informere om innleggelse. Dersom arbeidsdelingen med hensyn til pasientens beste taler for at lege bør prioritere sin tid annerledes, kan spesialsykepleier kontakte vakthavende lege på sykehuset for å informere om innleggelse. Det er viktig å presentere seg med tittel, og dersom legen insisterer på å få snakke med lege, bør han/hun få det.

Disse retningslinjene har vært drøftet med avdelingsoverlegen og Fylkeslegen. Vår oppfatning er at i henhold til lovverket er det innleggelsespapirene som er det juridiske dokument, slik at her må legen undertegne alene, mens informasjon om innleggelsen kan gjøres av andre enn legen.

§ 3.3: Vilkår for tvunget psykisk helsevern

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

Tvunget psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke det. Selv om vilkårene for psykisk helsevern er oppfylt, kan tvunget psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

§ 3.5 Tvungen undersøkelse

Hvis den antatt syke unndrar seg legeundersøkelse, kan kommunelegen eller de nærmeste, vedta tvungen legeundersøkelse, hvis det foreligger grunn til å tro at vilkårene for etablering av tvunget psykisk helsevern er tilstede. Kommunelegens vedtak i saken skal være skriftlig. Kommunelegen kan delegere sin myndighet til å treffe vedtak til kommunalt ansatt lege. Vedtaket kan fattes av lege ved Allmennseksjonen.

§ 3.6 Begjæring om videre undersøkelse (observasjon)

Dersom legen etter personlig undersøkelse er i tvil om vilkårene for tvunget psykisk helsevern er til stede og anser videre undersøkelse som nødvendig, kan offentlig myndighet eller den nærmeste begjære at vedkommende skal undersøkes ved institusjon godkjent for formålet, for å finne ut om vilkårene er oppfylt. I følge § 3.8 kan ikke videre undersøkelse vare utover ti dager.

§ 3.7 Begjæring om tvunget psykisk helsevern

Den som har en alvorlig sinnslidelse kan innlegges i sykehus uten eget samtykke hvis hans nærmeste eller offentlig myndighet begjærer det, og sykehusets overlege finner at innleggelse på grunn av den sykes sinnstilstand er nødvendig for å hindre at han lider overlast eller at utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring forspilles, eller at den syke er til vesentlig fare for seg selv eller andre.

Den syke, hans nærmeste eller den myndighet som har begjært innleggelsen, kan innbringe overlegens avgjørelse

for kontrollkommisjonen. Dette gjelder også om overlegen har nektet å motta eller beholde den syke. Klagen har ikke oppsettende virkning om ikke kontrollkommisjonen bestemmer noe annet.

Er den syke innlagt eller beholdt etter begjæring fra myndighetene, skal overlegen også underrette hans nærmeste.

Tutor

Den sykes nærmeste kan begjære innleggelse i henhold til § 3.5, §3.6 og § 3.7 PHVL.

Med den sykes nærmeste forstås ektefelle, samboer, foreldre eller den som har foreldreansvaret, myndige barn, myndige søsken, besteforeldre eller verge, forutsatt at vedkommende har varig kontakt med den syke. Dette er omtalt i § 1.3. Første prioritet er å velge offentlig tutel. For pasienter bosatt utenfor Oslo, kan ikke skiftleder ved Allmennhelseavdelingen være tutor.

Forskrifter for øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevern

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

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

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

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

I de tilfeller der politiet bringer pasienter til Legevakten for undersøkelse og vurdering, bør politiet være tutor ved eventuell innleggelse. Ring Oslo Politikammer og spør etter vakthavende adjutant.

Skiftleder ved Allmennhelseavdelingen kan være offentlig tutor for pasienter bosatt i Oslo.

Praktisk framgangsmåte ved innleggelser

Når du har undersøkt pasienten og besluttet å legge vedkommende inn, kontakter du vakthavende lege ved den akuttavdelingen pasienten sokner til for å melde innleggelsen. Hvis akuttavdelingen sier de ikke har plass,

plikter de å skaffe plass. Dette er ikke ditt problem, og du bør unngå å gå inn i diskusjoner om akuttavdelingens plassituasjon.

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

I legeerklæringen må du vise til hvilke paragrafer i PHVL du legger til grunn for innleggelsen, for eksempel § 3.3, § 3.5 og § 3.7. (Bruk skjema).

Det er laget skjema for legeerklæring for innleggelse på §3.6 og §3.7. Det gjelder også innleggelsesbegjæring ("tutorerklæring"). Hvis du bruker skiftleder på Allmennhelseavdelingen som tutor, må du ta kopi av innleggelsesbrevet og legeerklæringen og gi dem til skiftleder.

Hvis du bruker politiet som tutor, bør du be vakthavende adjutant om å ringe tutelet til vakthavende lege på akuttavdelingen.

Øyeblikkelig hjelp- plikten

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

Traumatisk påkjenning

Emosjonell førstehjelp er aktuelt når mennesker oppsøker Legevakten etter ulik type traumatisk påkjenning (vold, voldtekt, brann, ulykke, selvmord i familien osv.). Ofte kommer disse pasientene til Sosial vaktjeneste. Generelt kan oppfølgingen av traumatiserte pasienter deles i tre:

- Reetablering av trygghet
- Rekonstruksjon av traumehistorien
- Reintegrering

Ved Psykiatrisk legevakt møter vi oftest mennesker i sjokkfasen, og det er reetablering av trygghet og emosjonell førstehjelp som er aktuelt.

I sjokkfasen er det først og fremst omsorg som slår inn. Ord er mindre viktige og informasjon blir vanligvis ikke fullt forstått. Lyden av stemmen virker derimot beroligende og formidler oppmerksomhet, forståelse og kontakt.

God omsorg for psykisk traumatiserte er på mange måter det vi forbinder med morsrollen. I møte med mennesker i sjokk kan man forebygge de forsterkede reaksjoner og sammenbrudd ved å opptre på en rolig måte.

Ethvert traume er karakterisert av mangel på kontroll. I møte med den traumatiserte er det om å gjøre at vedkommende får tilbake kontroll over sin situasjon.

Uavhengig av hvilken oppfølging den traumatiserte tilbys er det ofte til stor hjelp å få skriftlig informasjon om

naturlige reaksjoner på traume. I den del av traumbearbeidelsen som gjerne kalles reaksjonsfasen, starter arbeidet med å rekonstruere (avdekke og sette sammen) bitene i det ofte fragmenterte bildet som den rammede har av hendelsen og forløpet.

Det fins skriftlig informasjon om naturlige reaksjoner og menneskevettregler i krisesituasjoner som bør gis med til traumatiserte pasienter

Panikkangst

(Etter en artikkel av dr. psychol. Asle Hoffart)

Panikkangst forekommer hos 15-20% av befolkningen. Hos noen kan hyperventilasjonsanfall utvikles til en panikklidelse, som medfører kroniske problemer og sosial invalidisering.

Diagnostiske kriterier for panikklidelse:

- Ett eller flere hyperventilasjonsanfall som var uventet, og ikke utløst av at pasienten var i fokus.
- Enten 4 anfall i løpet av 4 uker, eller ett eller flere anfall fulgt av en periode på minst en måned med vedvarende frykt for å få nye anfall.
- Minst 4 av de følgende symptomer ved minst ett av anfallene: åndenød, palpitasjoner, tachycardi, svimmelhet, smerter eller ubehag i brystet, skjelvinger, svetting, svelgbesvær, parestesier i hender, føtter eller ansikt, uvirkelighetsfølelse, dødsangst eller frykt for å bli gal.

Under et pågående panikkanfall er følgende punkter nyttige å huske:

- Etabler og behold kontakt med pasienten med et bestemt og rolig toneleie
- Unngå å være i fysisk kontakt med pasienten.
- Forsøk å avlede pasientens trygghetssøkende atferd, som f.eks. forsøk på å forlate rommet, løpe vekk, åpne vinduet osv.
- Beskriv for pasienten opplevelser som kan bidra til å bryte katastrofetankegangen, f.eks. «kan du kjenne gulvet under deg, stolen du sitter på, ser du bilde på veggen osv.
- Ved hyperventilering kan du be pasienten puste gjennom nesen.
- Forsøk å få pasienten til å beskrive hva han kjenner av kroppslige sensasjoner, og ikke hva han frykter kan skje i kroppen.
- Når pasienten er blitt roligere, kan du spørre ”hva foregår inni deg akkurat nå?”
- Hjelp pasienten med hans katastrofetolkninger ved å tilby alternative ikke- katastrofetolkninger.

Det er viktig å unngå bruk av medikamenter i akutfasen, fordi dette gir en uheldig læringseffekt for pasienten, der de lærer at de er avhengig av hjelp fra andre når de får panikkanfall. Kognitiv terapi og bruk av SSRI har god effekt ved panikkelidelser. Foreningen Triumf Over Panikk tilbyr også kognitiv eksponeringsbehandling i grupper.

Pasienter med nedsatt bevissthet

Tilstander som kan medføre redusert bevissthet:

- Intoksikasjoner
- Rusmidler
- Hodeskader
- Metabolske årsaker
- Cerebrovaskulær lidelse
- Infeksjoner
- Intrakranielle prosesser/ tumores
- Epilepsi
- Hypotermi

Pasienter som blir brakt til oss med svekket bevissthet eller forvirring, der man ikke vet årsaken, er bekymret for rusens dybde eller bekymret for akutt oppstått skade eller sykdom, må undersøkes ved Allmennseksjonen.

Alkoholmisbruk

For å påvise promille, bruk alkometerapparat, som fins på Allmennseksjonen.

Alkoholabstinens

Når en alkoholmisbruker avbryter en langvarig drikkeperiode, kommer abstinenssymptomene i løpet av 1-2 dager og når en topp etter 3 dager, hvis han bare har brukt alkohol.

Ca. 50% avalkoholmisbrukerne er blandings -misbrukere, oftest Benzodiazepiner, og får derfor en forsinket abstinensreaksjon.

Abstinenssymptomene er:

- rastløshet, uro, angst, irritabilitet
- kaldsvetting
- tremor
- søvnvansker
- økt puls og blodtrykk
- hallusinasjoner
- forvirring

Typisk for disse hallusinasjonene er at de kommer når pasientene er alene. Når han blir stimulert i samtale, forsvinner de.

Delirium tremens

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

Disse pasientene kan også ha andre tilstander, som pneumoni, infeksjoner, hodeskade, hypoglykemi, syrebaseforstyrrelser, dehydrering, cerebralt insult, eller Werniches encephalopati.

Tegn på forestående kramper

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

Ikke-medikamentell behandling av abstinens og delir

- Så langt som mulig søker man å behandle abstinens uten medikamenter
- Vurder om pasienten trenger innleggelse på avrusningsstasjon
- Motiver pasienten for væskeinntak, 3-4 liter per døgn
- B-vitaminer
- Søvn
- Skjermede omgivelser

Medikamentell behandling av sønnavansker ved delir

Kontroller blodtrykk og puls.

Gi Truxal 50 mg og Phenergan 25-50mg. Hvis pasienten ikke sover etter en time, gjentas Truxal 50-100mg. Truxal kan gi blodtrykksfall og tachycardi, og senke krampeterskelen. Tegretol gis hvis pasienten er krampetruet. Gi 200mg tre ganger daglig i 2 dager,

deretter 200mg to ganger daglig i en dag og 200mg en gang daglig i en dag, før seponering femte dag.

Noen pasienter kan innlegges OBS-posten og noen på avrusningsstasjonene. OBS-posten behandler mange pasienter med delir, og de tillater ikke bruk av Benzodiazepiner.

Hvis pasienten har utviklet manifest delir, er sykehusinnleggelse nødvendig. Hvis pasienten skal innlegges på psykiatrisk avdeling, skal dette være på § 3.7 i Psykisk helsevernloven, hvis han har symptomer som hallusinasjoner, uro og desorientering, ellers kan vedkommende innlegges på medisinsk avdeling.

Behandling av alkoholisme

Motiver pasienten til å søke hjelp ved en A-klinikk. A-klinikkene er sektorisert og tar imot pasienter på kort varsel. Gi pasienten adresse og telefonnummer til riktig A-klinikk. Det er ikke nødvendig med henvisning og det er viktig at pasienten selv tar kontakt. Pasienten må selv være motivert for behandling. Henvis ikke pasienten til DPS.

Avrusningsstasjonene

Innleggelseskriterier:

- Stor grad av dagberuselse
- Betydelig abstinensplager
- Lengre tids nedslitthet

- Stor grad av forkommenhet
- Sykdom/skade i kombinasjon med ovennevnte punkter

Inntaket bestemmes av avrusningsstasjonens personale. Oppsøkende tjeneste har innleggelsesrett. Pasienter kan henvende seg selv direkte til avrusningsstasjonene uten henvisning.

Oppsøkende tjeneste

De reiser rundt på henvendelse fra publikum, politi og institusjoner, og vurderer akutte alkoholproblemer. De vurderer graden av forkommenhet, nedkjørthet og sosialmedisinske tilstander. De kan formidle innleggelse på avrusningsstasjonene og kontakt med det øvrige hjelpeapparat.

Intoks

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

Flertallet av intoksene er blanding av alkohol og medikamenter, oftest benzodiazepiner, sovemidler, nevroleptika eller antidepressiva. De bør alltid vurderes med tanke på ventrikkelskylling. Skal pasienten

ventrikkelskylles, må pasienten legges inn på medisinsk avdeling.

Akutt dystoni

Dette er medikamentelt induerte ekstrapyramidale bivirkninger. Det er særlig nevroleptika som kan gi akutt dystoni, men det kan også ses ved antihistaminer og anticholinerge midler f.eks. Primperan®.

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

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

Behandlingen er injeksjon med Akineton®, 5mg langsomt intravenøst i løpet av 2 minutter. Dosen gjentas etter en halv time hvis ingen effekt. Injeksjonen kan også settes intramuskulært men effekten kommer da i løpet av 15-30 minutter.

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

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

Flyktninger og innvandrere

Av dr. Øyvind Solberg

Det spesielle er språkvansker, forskjell i kultur og alvorlig traumatisering på grunn av fysiske og psykiske overgrep, krigsopplevelser eller vanskelige eksilforhold i Norge.

Utenom vanlig arbeidstid når det ikke er mulig å skaffe profesjonell tolk, må man ofte akseptere å benytte andre som tolk, vanligvis venner eller slektninger. Dette kan ikke skje mot pasientens vilje. I ressursmappen står det informasjon om tolk som kan skaffes utenom vanlig arbeidstid.

Man bør nærme seg pasienten med akseptering, respekt og empati når kulturforskjellene som kommer fram i intervjusituasjonen er store. Religion, sosiale normer og regler er forskjellige, men voldsbruk kan ikke aksepteres.

Symptomer som somatisering, dissosiasjoner og fugetilstander (bevissthetssløring) er mer vanlig enn vi er vant til. Også «besettelser» med psykosenære symptomer bør tolkes som dissosiative fenomener.

Den antropologiske definisjonen av psykose er en tilstand som flertallet av mennesker i pasientens kultur bedømmer som sinnsykelig.

Dissosiative symptomer med gjenopplevelsen av overgrep er preget av reell «her og nå» situasjon hvor syns- og hørselsfenomener opptrer som pseudohallusinasjoner. Fenomenene kan kanskje ikke i seg selv skilles fra reelle hallusinasjoner, men pasientens øvrige symptomer og

adferd passer ikke med en psykotisk tilstand. Bruk av store doser nevroleptika og tvangsinnleggelse bør ikke brukes ved en slik tilstand.

I behandling av denne pasientgruppen vil compliance i noen tilfeller være lavere enn vi er vant til hos norske pasienter. Derfor bør det brukes tilstrekkelig tid til informasjon, forklaring og råd om medikamenters virkning, bivirkninger og dosering. Spesielt bivirkninger bør forklares nøye, og legen bør forsikre seg om at pasienten har forstått dette.

Pasienter med alvorlig traumatisering er ømfintlige for nevroleptika og antidepressiva. Ved depresjon og angst bør startdose for høydosenevroleptika være 10 mg daglig, og for SSRI bør det være en halv tablett annenhver dag i 4 døgn, deretter en halv tablett daglig med gradvis økning til terapeutisk dose.

Pasientene vil ofte tro at medikamentene vil gi umiddelbar virkning, og at virkningen vil øke med økende doser. Denne pasientgruppen bør normalt henvises til psykiatrisk poliklinikk.

Barn og ungdom

Ved henvendelser om barn, er det viktig å snakke med både foreldre og barn, enten hver for seg eller sammen.

Dersom vi blir i tvil om foreldrenes omsorgsevne, drøft saken med Sosial vaktjeneste før du kontakter barnevernsvakten. De kan formidle ledige akutt plasser for barn.

Barne- og ungdomspsykiatri i Oslo har tilrettelagt for døgnberedskap ved UPA/Ungdomspsykiatrisk akutenhet med 4-6 plasser for akuttmottak av ungdommer i alderen 13-17 år fra Oslo med alvorlige psykiske lidelser og i behov for øyeblikkelig hjelp innleggelse.

Det er ingen institusjon som har pålagt plikt til mottak av barn. Det vil være ytterst sjelden barn fra 12 år og nedover kommer inn under Ø.hj kriteriene slik de er formulert i forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. Vanligvis vil henvendelser dreie seg om barn som er desperate, truende både mot voksne og om å skade seg selv på bakgrunn av vanskelig omsorgssituasjon, og barnevernet vil kunne ta hånd om barnet og henvise til BUP poliklinikk dagen etter.

I de svært få tilfellene der det dreier seg om opplagte psykosier med behov for rask psykiatrisk hjelp for å avverge alvorlig helseskade, kan pasienten henvises til vurdering v. vakthavende lege UPA. Vanligvis vil det være bedre ivaretagelse av barnet å komme til en av barnevernets akuttinstitusjoner enn å bli innlagt i lukket

psykiatrisk avdeling med alvorlig syke eldre ungdommer. I dette feltet er det mange gråsoner og vanskelige vurderinger.

Barnevernstjenestens oppgaver i henhold til Lov om barnevern:

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

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

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

Ved behov for innleggelse, konferer med Barnevernsvakten.

Politiet

Politiets befatning med Psykiatrisk legevakt baserer seg på politiloven og psykiske helsevernloven. I følge politiloven § 2 plikter politiet på anmodning å yte andre offentlige

myndigheter vern og bistand under deres yrkesutøvelse. I følge psykisk helsevernloven kan politiet bistå for å få offentlig tutel (§1.3), ved tvunget psykisk helsevern (§§§ 3.1, 3.5 og 3.8).

Vi kommer i kontakt med politiet på ulike områder:

- Politiet bringer en person fra fengselet/politistasjonen til undersøkelse.
- Politiet avgjør om det er forsvarlig å fjerne håndjern, og eventuelt la oss snakke alene med den framstilt. Politiet må bli til undersøkelsen er avsluttet, eller det er klart at den kan fortsette uten fare. Vi må sørge for at konsultasjonen og eventuell innleggelse ekspederes uten forsinkelse.
- Politiet kommer med en person som de på en eller annen måte har kommet i kontakt med. Det er avgjørende at politiet blir på stedet til vi har avklart situasjonen, eventuelt følger til sykehus ved innleggelse dersom vi vurderer det som nødvendig.
- Vi ringer og ber om politihjelp i forbindelse med en pasient vi allerede har til undersøkelse. Dette gjelder der det foreligger en alvorlig sinnslidelse, og det er klart at våre egne ressurser ikke er tilstrekkelige til å sikre situasjonen. Dersom politiet ikke kommer i tide, må vi av sikkerhetsgrunner eventuelt la pasienten gå, og ikke sette oss selv i fare.
- Politihjelp trengs for å transportere en meldt pasient til undersøkelse. Det er da familien/venner som må ringe politiet og be om hjelp dersom de selv ikke kan

klare å bringe sin slektning/ venn ned til oss. Ofte vil politiet be om at fagperson følger med. Dette lar seg gjøre fra psykiatrisk poliklinikk på dagtid, men ikke fra Legevakten på kveldstid. Dels kjenner vi ikke pasienten fra før, dels er vår bemanning så minimal at vi vanligvis ikke kan forlate Legevakten.

- Politiet kan være tutor der det ikke fins annen mulighet. Oftest er det likevel mest naturlig å bruke skiftleder på Legevakten.

Politiet har mange oppgaver. Det er derfor viktig at vi bare bruker dem når det er nødvendig, og at saker der politiet er inne i bildet prioriteres fra vår side.

Rundskriv 2000/023 fra Politidirektoratet omtaler Psykisk helsevernloven og bistand fra politiet. Forskrift om politiets befatning med sinnslidende er opphevet.