

Akuttpsykiatri

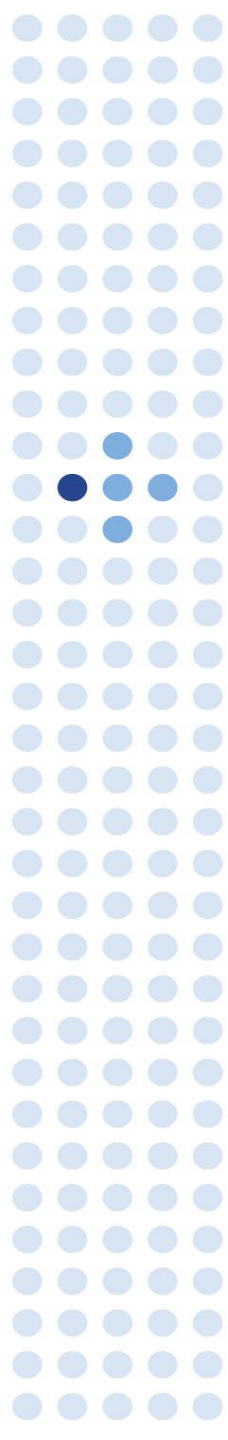
MELISSA A WEIBELL

AVDELINGSOVERLEGE AKUTTAVD., POSTOVERLEGE AKUTT MOTTAKSPOST

KLINIKK PSYKISK HELSEVERN AVDELING, STAVANGER UNIVERSITETSSJUKEHUS



Stavanger Universitetssjuehus
Helse Stavanger HF

- 
- Utvikling
 - Hva er øyeblikkelig hjelp i psykiatrien
 - Tvang
 - Akuttpsykiatriske problemstillinger
 - Somatiske årsaker
 - Vurdering av selvmordsrisiko
 - Kronisk suicidalitet, akuttbehandling av personlighetsproblematikk



Utviklingen

- Sterk reduksjon av sykehussenger
- Flere oppgaver til DPS og kommuner
- Sterk økning i antall akuttinnleggelser
- Stadig kortere liggetid
- Sterk økning i antall pasienter med rus
- Økt fokus på redusert bruk av tvang



Rus

- Over halvparten av pasienter som legges inn i psykiatrien har rus med i bildet
- Økt bruk av farlige stoffer som amfetaminer/metamfetamin, syntetiske stoffer



Hva er akuttpsykiatri?

- Akutte psykoser med eller uten rus, ofte med utagering prehospitalt
 - NB rusintoksikasjon er ikke en indikasjon for innleggelse
- Oppfølging og ivaretagelse av akutt selvmordsfare
- Alvorlig depresjon
- Akutt forverring av kjent kronisk tilstand
 - Schizofreni, bipolar lidelse



*Forvirringstilstander har som oftest en **somatisk** årsak og må utredes først*

Alternativer til akuttinnleggelse i psykiatrien

- Legevaktvurdering
- Akutt ambulant team
- Politiets varetekt
- Kommunal ø-hjelp seng
- Somatisk sengepost



Forskrift om øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern

Forskrift psykisk helsevernloven 2.1.1 - Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp

Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter blant annet:

- a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
- b) 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
- c) deliriøse tilstander der avrusing ikke er en hovedsak
- d) psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.



Legeopplysninger ved innleggelse §3-1

- Personlig foretatt undersøkelse
- Tidspunkt og sted for undersøkelsen
- Ikke eldre enn 10 dager
- Pasientens syn på tilbudet om psykisk helsevern

Kontroll ifht om lidelsen kan skyldes somatisk tilstand som først og fremst krever somatisk behandling eller om den skyldes rusmiddel

Forvirringstilstander

- SKAL utelukke organisk tilstand
 - Infeksjon
 - Metabolsk tilstand
 - Hypoxi
 - Neoplasmer
 - Nevrologiske tilstander
 - Hjertelidelser
 - Medikamenter
 - Rus
 - Hodeskader

Intoksikasjon vs rusutløst
psykose

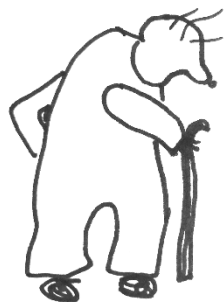
Forvirringstilstander forts.

Uetisk praksis å sende henvisning på TPH innom somatikken for «avklaring».





Når er det mer sannsynlig at det er
«somatisk» årsak til symptomene?



Hint som bør få en til å tenke somatikk

Tegn	
Avvikende vitalia (HR, RR, pupiller, nystagnus, tegn til traume)	Varm/tørr hud – anticholinergisk? Myotiske pupiller – opiater? Mydriasis – opiatabstinens? Stimulantia?
Disorientasjon	Fluktuerende?
Synshallusinasjoner	Rus?
Hukommelsestap	Traume? Rus?
Nevrologiske avvik	Encephalitis?
Inkl balanse, gange eller begge	
Nyoppstått inkontinens	

Freudenreich O. Differential diagnosis of psychotic symptoms: medical mimics. Psychiatr Times. 2010;27:56-61

Reeves RR, Parker JD, Loveless P, Burke RS, Hart RH. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission. Ann Clin Psychiatry. 2010;22(3):180-5. PubMed PMID: [20680191](#).

Doebbeling CC. Psychiatric disorders-approach to the patient with mental symptoms. In: Merck manual, professional version. Kenilworth(NJ): Merck and Co; December 2012

Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. CNS Drugs. 2005;19Suppl 1:1-93. PubMed PMID: [15998156](#).



Delir vs psykiatrisk sykdom

Klinisk parameter	Delir	Primært psykiatrisk
Alder	>12 eller >40	13-40
Symptomer - oppstart	Akutt	Akutt eller gradvis
Tilstand	Fluktuerende	Stabil
Tidligere somatisk hx	Rus, somatisk, ikke psyk hx	Tidl psyk hx
Affekt	Labilt	Flatt evt labilt
Vitalia	Vanligvis avvik	Vanligvis u.a.
Orientert?	Vanligvis ikke	Som oftest
Konsentrasjon	Avvikende/fluktuerer	Disorganisert – stabilt
Hallusinasjoner	Helst visuelle	Primært auditoriske
Tale	Sakte, inkonherent	Assosiativ, taleflom, disorganisert
Bevissthetsnivå	Nedsatt	vanlig

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association;2013. p. 487-9, 596, 708
Sood TR, Mcstay CM. Evaluation of the psychiatric patient. Emerg Med Clin North Am. 2009;27(4):669-83, ix. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2009.07.005>. PubMed PMID: 19932400.
Williams N, DeBattista C. Psychiatric disorders. In: Papadakis M, McPhee SJ, Rabow MW, eds. Current medical diagnosis and treatment 2016. Chapter 25. New York: McGraw-Hill; 2015



Medikamenter og bivirkninger

Medikament	Vanlige bivirkninger
Antiepileptika	Delir, psykose, irritabilitet
Beta blokkere	Delir, psykose, depresjon
Steroider/kortisonpreparater	Affektproblemer (depresjon/mani)
Interferonpreparater	Depresjon
Benzodiazepiner (abstinens særlig)	Angst, agitasjon, psykose
Fluoroquinoloner	Agitasjon, irritabilitet
Isoniazid	Delir
Sulfonamider (antibiotika)	Delir
Acyclovir/gancyclovir	Hallusinasjoner
Psykostimulantia (dopaminergiske preparater)	Psykose, agitasjon, irritabilitet
Reseptfrie hoste/forkjølelsepreparater	
Østrogen	Psykose

Larkin GL, Claassen CA, Enom JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):671-7. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.671>

Zun L. Mental health disorders: ED evaluation and disposition. In: Tintinalli J, ed. *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide*. 8th ed. Chapter 286. New York: McGraw-Hill; 2015. p. 1-17

Doebbeling CC. Psychiatric disorders-approach to the patient with mental symptoms. In: Merck manual, professional version. Kenilworth(NJ): Merck and Co. December 2012

Sidhu KS, Balon R. Watch for nonpsychotropics causing psychiatric side effects. *Curr Psychiatr.* 2008;7(4):61-74



Delir

- Underdiagnostisert
- Underbehandlet
- Ofte multifaktoriell etiologi



Rus og alkohol

- Intoksikasjon og abstinens er ikke indikasjon for innleggelse på psyk

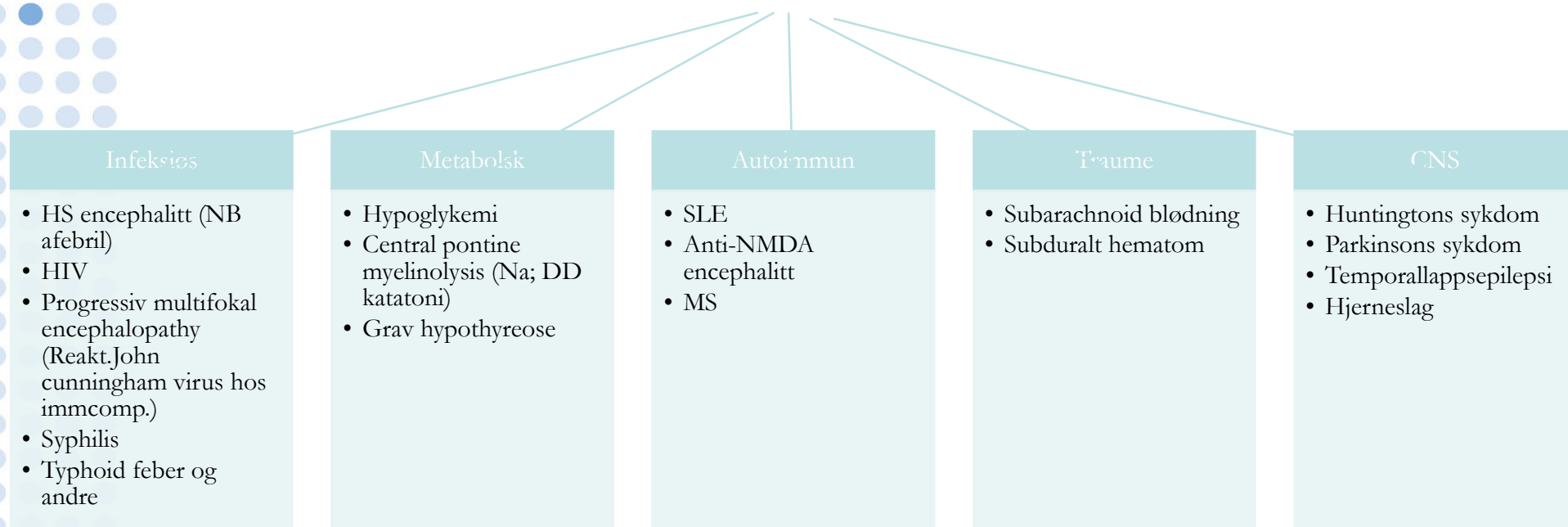


Hvorfor er det viktig å utrede for somatisk sykdom?

- Potensielt unødvendig og skadelig behandling
- Forsinkelse ifht rett behandling
- Lengre tid på sykehus
- Kostnader til helsevesenet



«medical mimics»



Selvmondsrisikovurdering

- Først og fremst vurdere innleggelse pga tilstand
- Selvmondsforebygging som «bonus»
- Hvilke alternativer finnes
- «må» pga sikkerhetshensyn??



Vurdering av selvmord

- Ikke mulig i ruset tilstand.
- «pasienten virker ikke påvirket» er ikke et godt grunnlag for vurdering
- Rus/alkohol kan
 - Forsterke depressivt stemningsleie
 - Svekke impulskontroll
 - Redusere mulige barrierer mot selvskading (og skade mot andre)

Personlighetsforstyrrelser

- Ikke mange med alvorlig selvskading eller kronisk suicidalitet men synes ofte godt
- Selvdestruktiv impulsivitet er en stor klinisk utfordring
- Høy grad av komorbiditeter som øker risikoen
- Viktig å skille passive dødsønsker fra aktive selvmordstanker og planer
- Akutt kriseintervensjon kan ofte ha langsiktige negative konsekvenser
 - F eks akutt døgninnleggelse
 - Pasienter lærer å krisemaksimere for å bli «hørt».
 - Regresjon, dekompensering osv.

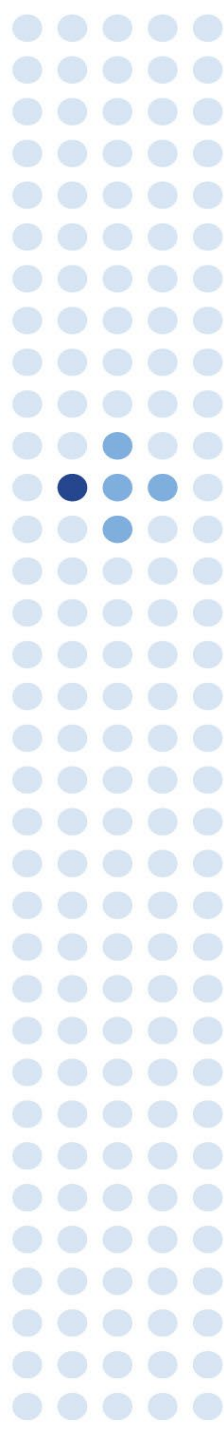


Selv mord ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

- Ca 10% dør ved selvmord, men mange har signifikante komorbiditeter
- Høy annen dødlighet i tillegg
- Risiko øker ved samtidig alvorlig depresjon, rusbruk
- 50-75% minst et selvmordsforsøk

Nasjonale retningslinjer

- På bakgrunn av forventet varighet av problemene og faren for at endringer i behandlingsplan, inkludert bruk av ulike akutte tiltak, kan redusere prognosen på sikt, er det nødvendig både for pasient, pårørende og involverte helsepersonell å leve med noe større grad av risiko for suicidal atferd for denne gruppen sammenlignet med pasienter med mer tidsavgrenset suicidalitet. Det er viktig at både pasient, pårørende og involvert helsepersonell er kjent med denne risikoen

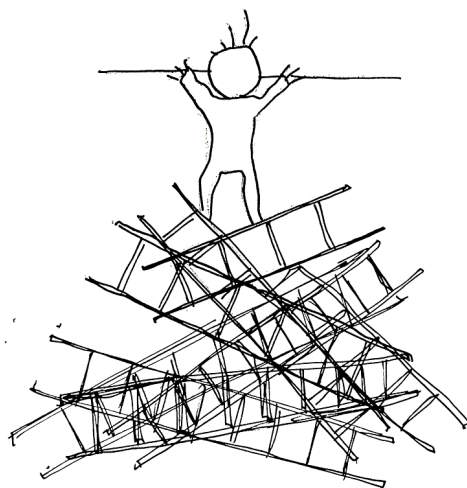
- 
- Grundig diagnostikk
 - Alvorlighetsgrad og utløsende faktorer for selvmordsadferd bør kartlegges.
 - Utarbeidelse av en langsiktig individuell plan. Raske og krisebaserte endringer i denne bør unngås.
 - Pasienten bør ha en fast behandler som er ansvarlig for den psykoterapeutiske behandlingen. Der det er nødvendig med andre tiltak, bør disse ha som hovedhensikt å støtte opp under den pågående behandlingen. Involverte behandlere og behandlingsinstanser bør samarbeide for å unngå at disse pasientene blir ”kasteballer” mellom ulike nivåer og institusjoner.
 - Innleggelser i døgninstitusjoner bør unngås. Er innleggelse nødvendig i en akutt situasjon, bør varighet av oppholdet begrenses til kun å omfatte det akutte

Grunnlidelsen behandles ikke i en avdeling. Fokus må være mestring av livet ”der ute”, man lærer ikke å svømme på land.



Hva kan akuttpsykiatrien gjøre?

- Frivillighet er et terapeutisk mål (jf og kriterier for TPH)
- Ikke behandle grunnlidelsen
- Ikke gjøre pasienten frisk
- Ikke reparere emosjonelle mangler
- Sykehusinnleggelse er som regel regressivt og behandling i sykehus ikke anbefalt eller hensiktsmessig



Før innleggelse av kronisk problematikk

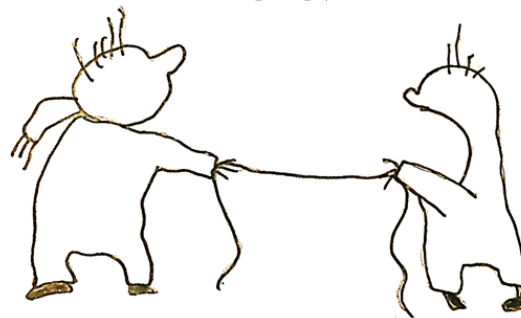
- Hva vil innleggelse her og nå løse/hva er bestillingen?
- Vil suicidrisikoen være mindre om en uke?
- Forventet behandlingsmessig effekt?



Hvordan gi pasienter best mulig hjelp?

De sykeste pasientene kan være svært ressurskrevende

- Unngå konflikt mellom kommune og spes.helsetjeneste
- Unngå konflikter spesialiteter i mellom
 - F eks somatikk vs psykiatri
- Utelukk organisk årsak så langt det lar seg gjøre FØR henvisning til psykiatrisk



- Ta gjerne en ekstra telefon til vakthavende på psyk 😊

Spørsmål?

