



Oslo, 30.3.2020

PRIORITERINGSOVERVEIELSER VED COVID-19 INFEKSJON

Coronasituasjonen har flere implikasjoner for personer med psykiske lidelser, men også for personell som arbeider med smittede og syke pasienter.

Våre utfordringer er:

- Implikasjoner av coronasituasjonen for pasienter med psykiske lidelser.
- Hvilke pasienter kan nedprioriteres eller behandles via digitale medier hvis det skulle bli behov for allokering av leger til behandling av syke pasienter med Covid-19.
- Hvilke pasienter vil fortsatt kreve tilgang på spesialister / LIS-leger i psykiatri

Pasienter

De restriksjoner som myndighetene har innført for besøk og interaksjon med andre mennesker, vil særlig ramme de av vår pasientgruppe som fra før er relativt isolerte og har liten psykososial støtte. Det vil særlig være tale om de alvorlig syke som f.eks. som lider av kroniske psykoser, spesielt schizofreni, og andre langvarige kroniske psykiske lidelser, f.eks. alvorlige personlighetsforstyrrelser, kroniske depressive lidelser, alvorlige tvangslidelser, alvorlig rusproblematikk og utviklingsforstyrrelser. Myndighetenes tiltak øker stressbelastningen disse opplever og kan dermed forverre deres psykiske helse.

I en krisetid vil medvirkning være av særskilt betydning. Egen vurdering av hjelpebehov må veie tungt.

Når det gjelder alvorlighet må flere faktorer enn diagnose vurderes, f.eks. funksjonsnivå og kritiske psykososiale variabler som omsorgsbetingelser, om man bor trygt, får betalt husleie nå, har nok penger til mat/strøm osv.

Det generelle fokuset i media på farene ved coronasmitte, inkludert dødelighet, kan gjøre mange engstelig. En del av våre pasienter, som pasienter med psykoselidelser, er ekstra sårbare for utrygghet og må forventes å både bli generelt mer engstelig og mulig få forverret sin grunntilstand – dette som følge av utrygghet generelt, uavhengig av isolering fra andre mennesker.

For den gruppen pasienter som har de alvorligste lidelsene kommer tilleggsproblematikk rundt generell somatisk helse og immunforsvaret. Pga samtidig rusbruk, usunn livsstil og ikke minst bruk av noen legemidler som kan ha potensielt immunsupprimerende effekter (e.g. antipsykotika som klopazin), har disse menneskene ofte redusert immunforsvar – noe som er høyst relevant i forhold til coronasmitte.

Pasienter som sliter med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusproblematikk har helsetap på mange områder. De dør i gjennomsnitt flere år tidligere enn resten av befolkningen. En stor del av overdødeligheten skyldes kroppslig sykdom som det finnes behandlingsmuligheter for, særlig hjerte- og karsykdom, kreft og lungesykdommer. En fersk norsk studie basert på registerdata viste at

pasienter med alvorlig psykisk sykdom i mindre grad enn psykisk friske blir diagnostisert og behandlet for hjerte- og karsykdom før de dør av sykdommen. Disse pasientene vil ha betydelig større risiko for at SARS-CoV-2 viruset utløser en Covid-19 infeksjon.

Stressbelastningene som myndighetenes tiltak innebærer, kan derfor også forverre deres fysiske med øket risiko for å bli alvorlig legemlig sykdom og i verste fall død. Situasjonen forverres ved at en del kommuner, under press fra det økede antall coronasmittede, vil kunne redusere psykososiale tiltak som f.eks. dagsentra og oppsøkende virksomhet, f.eks. FACT. Disse forhold kan også øke forekomst av selvmord når pasientene overlates til seg selv. Det er i stor grad tale om yngre mennesker.

Det er derfor både faglig og etisk uansvarlig å redusere behandlingstilbudet til disse pasientgruppene. Disse trenger fortsatt minst like tett oppfølging og behandling. Telefon eller videobaserte konsultasjoner kan ikke fullt ut erstatte ansikt – til – ansikt kontakt, men er dog bedre enn ingen kontakt.

Da det heller ikke bare handler om psykososiale behandlinger, men også – som anført over – handler om vurdering av legemlig helse og – for mange - også medikasjon som krever fortløpende og tett oppfølging og monitorering, kan denne personalgruppen (legen) ikke erstattes av psykologer eller andre yrkesgrupper som arbeider innen det psykiske helsevern.

I tillegg kommer selvfølgelig inneliggende pasienter, heri også inkludert alvorlige spiseforstyrrelser. Disse krever i enda høyere grad løpende psykiaterkontakt – bed side – og kan derfor hverken utskrives eller overføres til sykehjem eller andre steder hvor det ikke er psykiatrisk spesialkompetanse som er daglig tilgjengelig.

Psykiatere som nå er forhindret i å utføre fysiske møter med sine polikliniske pasienter, bør finne hensiktsmessige elektroniske kontaktformer som midlertidig erstatning. Bruk av digitale hjelpemidler som videobaserte konsultasjoner og behandlinger har god effekt hos pasienter med «lettere» psykiske lidelser som f.eks. angstlidelser og milde til moderate depressive lidelser. Det er derfor overfor denne gruppen at man kan frigjøre ressurser ved i større grad å basere seg på digitale løsninger. Men dette vil først og fremst øke ressurstilgangen av psykologer og andre yrkesgrupper. Slike tiltak vil i mindre grad frigjøre legeressurser som fortsatt må ta vare på de alvorlige syke, men som også i like stor grad som før må håndtere medikasjonsproblematikk. Men man alltid vurdere om det er enkeltpasienter som har behov for intensivt oppfølging. Oppsøkende team kan være et alternativ til poliklinisk kontakt i noen tilfeller.

Selv om de forholdene som er omtalt over er de viktigste, er det også påkrevet med informasjon til både pasienter og pårørende om hvordan de kan redusere stressbelastningen for pasientene. Det må også has in mente at pårørende til de alvorligst syke nå får en periode med ekstra belastning. Her gjelder de samme retningslinjene som ved andre katastrofer. Norsk psykiatrisk forening har utarbeidet retningslinjer tilgjengelig både på våre nettsider og på våre Facebook sider.

Psykososiale reaksjoner – og til og med posttraumatiske reaksjoner – kan komme hos mennesker som opplever alvorlig sykdom, trussel om selv å dø og hvis man ser andre (medpasienter, familiemedlemmer mm) dø. Slike reaksjoner forekommer hyppigst hos pasienter som er innlagte. Overfor disse kan sykehusenes team av konsultasjon-liaison psykiatere gjøre en stor innsats. Da psykologiske intervensjoner vil være den primære behandlingsform, vil både psykologer og

spesialutdannede sykepleiere settes inn her. Men det vil også være behov for psykiatere med tanke på somatiske stressreaksjoner og eventuell bruk av medikasjon i noen tilfeller.

Disse forhold betyr at konsultasjon-liaison psykiatrisk tjeneste må opprettholdes, og av hensyn til smittefare kan rådgivning gis over telefon eller video.

Helsearbeidere

Stor overbelastning over tid kan medføre utmattelsesdepresjoner. Gjentatt eksponering for alvorlig kronisk sykdom hvor man til tross for stor innsats kan oppleve at pasientene så å si «dør mellom sine hender», er også en stor belastning. I tillegg kommer dramatiske og hjerteskjærende medisinske situasjoner hvor opplevelsen av hjelpeløshet og overveldelse kan bli massiv. I tillegg til det helsepersonell nå vil oppleve fremover, kommer den konstante økte risikoen for selv å bli smittet når man behandler mennesker med smitte. Særlig relevant er det innen psykiatri der man må forholde seg til livredde, gjerne utagerende og truende og voldelige pasienter som ikke greier ivareta egen hygiene så vel som hensyn til andre på en adekvat måte.

I tillegg til at helsepersonell er redd for selv å bli smittet er man dessuten gjerne daglig redd for å bringe smitte hjem til egne barn, eldre familiemedlemmer, andre sårbare. Dette skaper et konstant stress som dagens helsepersonell i Norge stort sett ikke er vant til, det er en ny situasjon. Hos noen kan de forhold som er anført her, utløse regelrette post-traumatiske stressituasjoner. Som ledd i å forebygge muligheten for slike reaksjoner, bør sykehus etablere psykososiale støttetiltak for helsearbeiderne som har med COVID-pasienter å gjøre.

Ulrik Fredrik Malt

Leder av Norsk psykiatrisk forening

(e-sign)