

Akuttpsykiatri

Akuttmedisinkurs 14.03.19

Psykiater Nora Miller

Lis psykiatri Espen Frostmo

Agenda

- Psykisk helsevernlov **PHL**
- Psykose
- Uro
- Suicidalitet
- Kr. Suicidalitet
- Rus



Psykisk Helsevern Lov

- **Tvang**

- Hovedkriteriet: Alvorlig sinnslidelse
- Tilleggs-kriterier:
 - Behandlingskriterie
 - Farekriterie
- Samtykkekompetanse
 - Forstå
 - Anerkjenne
 - Resonnere
 - Valg
- ACE- kartleggingsverktøy

- § jfr. PHL

§ 2-1 Frivillig innleggelse i institusjon

§ 3-1 Tvungen legeundersøkelse

§ 3-2 Tvungen observasjon

§ 3-3 Tvungent psykisk helsevern

Psykose



Ikke Organisk Psykose

- Depresjon
- Mani
- Reaktiv
- Schisofreni
- Schisoaffektiv
- Polymorf
- Paranoid

- Organisk Psykose

Rus

Svulst

Epilepsi

Delirium

Postoperativ



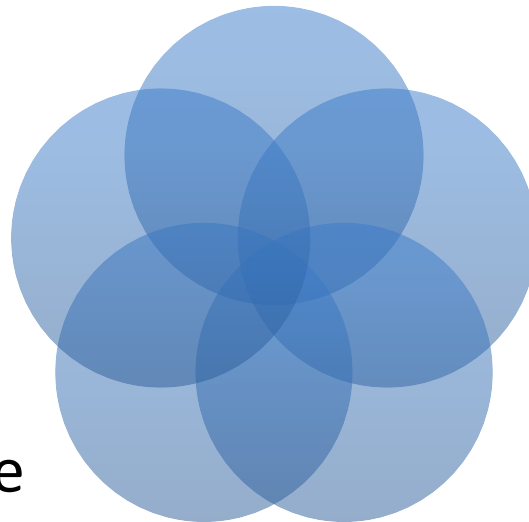
Positive
symptomer

Affektive
symptomer

Negative
symptomer

Aggressive
symptomer

Kognitive
symptomer



Psykose symptomer positive

Hallusinasjoner

-syn, hørsel, taktile, lukt

Vrangforestillinger

-bizarre eller ikke, alvorlighetsgrad

Disorganisert tale/tankeforstyrrelse

-latens, taleflyt, taleflom

assosiasjonsforstyrrelse,

Disorganisert adferd

-komparentopplysninger, påfallende
ved undersøkelse?

Psykose symptomer negative

- isolasjon/tilbaketrukkethet
- sosial tilbaketrekning/tilbakegang
sosialt
- affektmatthet
- anhedoni
- apati

Tiltak

- Henvise til spesialist helsetjenesten
 - Psykoseteam
 - Akutt Ambulant Team
 - Akutt innleggelse
- Kommunaloppfølging

- Behandling

Benzodiazepiner mot angst

Antipsykotika symptomreduksjon



Uro

- Psykoser
 - Manier
 - Demens
 - Temporallappsepilepsi
 - Hodeskader
 - Rus
- Tiltak
 - Ikke vær alene
 - Ransak for farlige gjenstander
 - Hold døren åpen
 - Vit hvor andre medarbeidere er/ alarm
 - Stol på magefølelsen
 - Spør om suicidalitet
 - Spør om våpen
 - Bruk den somatiske legerollen
 - Forsøk å ro ned situasjonen



Uro

- Medikamnetter
 - Antipsykotika
 - Olanzapine
 - Klorprotiksen
 - Benzodiazepiner

Per os

Inj. Intramuskulært



Forvirring

- Delirium
- Infeksjoner
- Metabolske årsaker
- Neoplasmer
- Nevrologiske epilepsi
- Postoperativt
- Hjertelidelser
- Systemiske anemi lungebet. M.i.
- Toksisk
- Traumatiske hodeskader
- Slag intrakraniellblødning

Diff. Diag. til psykiatriske lidelser



- **Forvirring**

- Forløp fluktuerende
- Synshallusinasjoner
- Ikke tilstedeværende mentalt
- Påvirket hukommelse
- Ingen varselsymptomer
- Høy alder

- **Schizofreni**

- Forløp konstant
- Hørsels hallusinasjoner
- Upåvirket mentalt
- Upåvirket hukommelse
- Langsom utvikling
- Alle aldre



Suicidalitet

- **Selvmord:** En aktiv villet handling med døden til følge.
- **Selvmordforsøk:** En aktiv villet handling, i suicidal hensikt, uten at det førte til død av den som utførte handlingen.
- **Selvskading:** En aktiv villet egenskading uten suicidal hensikt.

Suicidal adferd

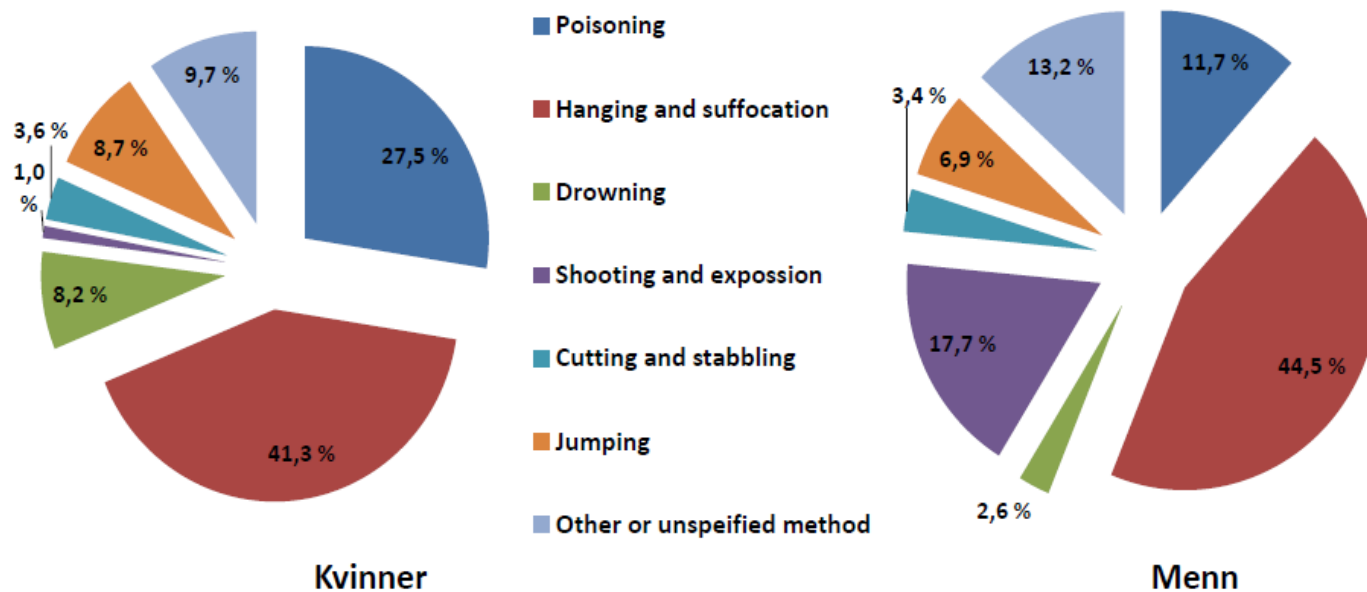
- **Selvmord**



Risikofaktorer

- Psykisk lidelse: depresjon, rus, psykose, personlighetspatologi
- Tidligere selvmordsforsøk
- Aktuell suicidal atferd (tanker/ planer/ forsøk)
- Aktuell belastning
- Somatisk sykdom
- Oppvekstforhold: Oppløste hjem, omsorgssvikt, svekkede foreldreforutsetninger, traumer
- Kognitive vansker
- Kjennskap til selvmordsforsøk/ selvskading
- Brudd i relasjoner, alvorlig krenkelser

Selv mord etter kjønn og døds måte. Prosentvis fordeling, i år 2016



”Hva har skjedd?”

- Få pasienten til å redegjøre for hva som har hendt de siste 48 timene

Spør om tanker/ planer

- Har du noen gang hatt tanker om å skade deg, dø...?
- Har du slike tanker nå....?
- Hvilken plan har du lagt..?
- Hvorfor..?
- Hva har hindret deg..?
- Tilgjengelig metode..?

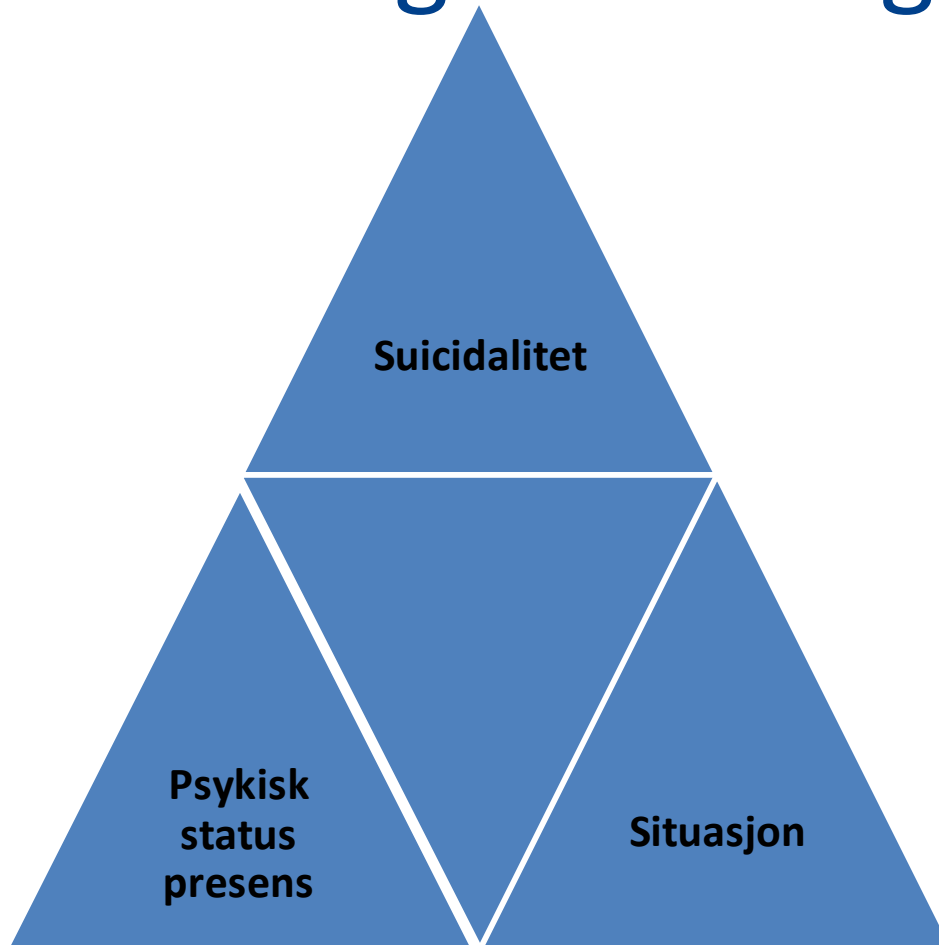
Ved selvmordsforsøk

- Hvor alvorlig var det?
- Når?
- Hvor mange?
- Hva utløste?
- Omstendighetene rundt?
- Brev, andre forberedelser..?
- Gjort noe for å få hjelp?

Vurdering

- Suicidalitet; aktuell og tidligere
- Situasjon; aktuell (belastning)/ fremtidig
- Psykisk status presens
 - Ikke kategoriser!
 - TILTAK

Helhetlig vurdering



Tiltak

- Selve vurderingen er ofte en terapeutisk intervensjon
- Behandle grunnlidelse
- Sikkerhetstiltak/ sikkerhetsplan
- Høyne sikkerhetsnivå evt. innleggelse



Kronisk suicidalitet

- Ofte ustabilitet
- Ofte selvskading uten suicidalitets intensjon
- Appell- annen intensjon

- Tiltak

Behandlingsplan

Roe ned situasjonen

Suturere

Stabilisere

Ansvarliggjøring

Unngå innleggelse



Utfordringer med suicidvurderingen

Retningslinjene gir ingen råd om **kronisk suicidale i akutt krise**.

Derfor blir temaet lett glemt under vurdering, og kun den akutte selvmordsrisikoen blir vurdert.

Vi sier en ting, og gjør noe annet.

Gode klinikere bruker **skjønn, ikke skjema**.

Retningslinjene gir få råd om tiltak, annet enn **sikringstiltak**.

Rus

- I gjennomsnitt drikk nordmenn over 15 år cirka 8 liter **alkohol** per år.
- Siden tidlig på 1990-tallet har alkoholforbruket økt med ca 40 prosent, og mest blant **kvinner og eldre**.
- Utenom alkohol er **cannabis og amfetamin** mest vanlig

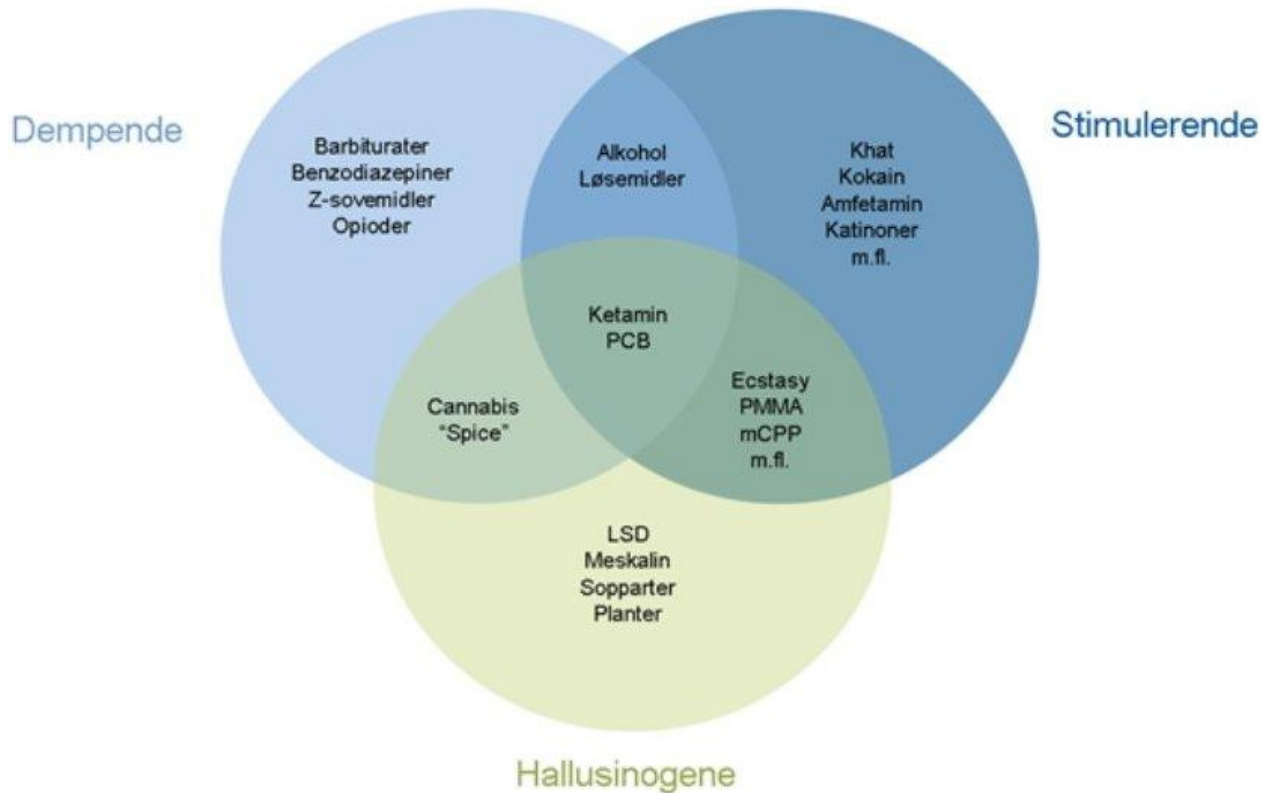
Lovlig rusmidler

Ulovlig rusmidler



Inndeling av rusmiddel

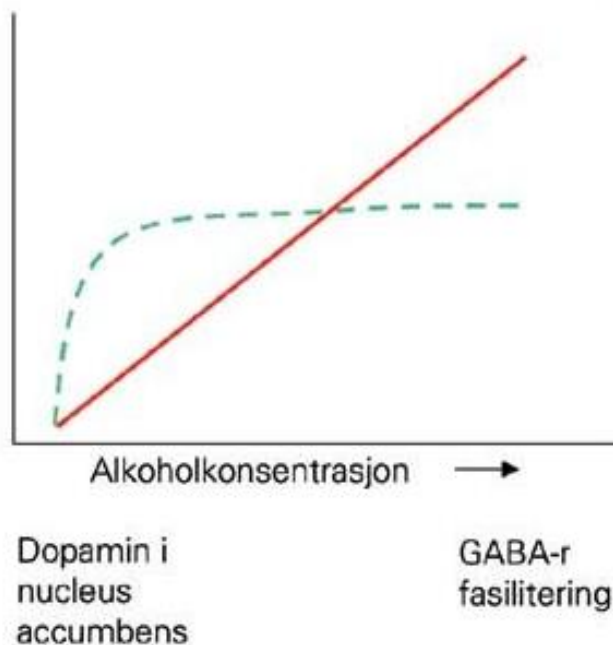
Rusmidler kan være dempende, stimulerende eller hallusinogene



Dempende rusmidler

- Alkohol, og andre løsemidler.
- Opiater, som morfin og heroin.
- Cannabis-produkter, som hasj.
- Benzodiazepiner, som Valium[®] og Rohypnol[®].

Alkohol



Effekt av økende alkoholkonsentrasjon i hjernen på GABA_A-reseptorer generelt (som formidler sedasjon), og dopaminfrigjøring i nucleus accumbens (som kan formidle endring stemningsleie). Virkningene på dopamin vil dominere ved lave alkoholkonsentrasjoner, mens GABA_A-reseptormedierte virkninger vil dominere ved høye alkoholnivåer. Skjæringspunktet mellom kurvene vil hos de fleste ligge i området 0,8 – 1,5 promille

Stimulerende rusmidler

- Sentralstimulerende.
 - Kokablader og kokain.
 - Amfetamin, og beslektede stoffer som metamfetamin (inkl. MDMA, såkalt ecstasy).
- Nikotinholdige produkter, som tobakk.
- Kaffe og te.
- Khat.

Sentralstimulerende

- De mest kjente er amfetamin, metamfetamin, metylfenidat, khat og kokain. Alle virker ved å øke mengden transmitter i noradrenerge, serotonerge og særlig dopaminerge synapser i det mesolimbiske system. Konsekvensen er stimulert velvære og undertrykt tretthet, sultfølelse og tørst. Kan hos noen føre til akutt paranoid psykose og depresjon
- Ecstasy (MDMA; 3,4-metylendioksymetamfetamin) og lignende stoffer kan regnes med til sentralt stimulerende midler, men har også hallusinogene virkninger.

Hallusinogene

- Hallusinogene planter, som spiss fleinsopp og peyotekaktus.
- Rene Psykedeliske stoffer, som LSD og meskalin.
- Dissosiativa som ketamine og PCP
- Derilanter som piggeple
- *Hallusinogener*, som omfatter bl.a. LSD, meskalin og psilocybin (fleinsopp), virker via endret serotonerg og dopaminerg transmisjon.
Ketamin og PCP (englestøv) kan regnes med til hallusinogenene. Felles for disse stoffene er at de kan gi psykose- og drømmelignende tilstander.

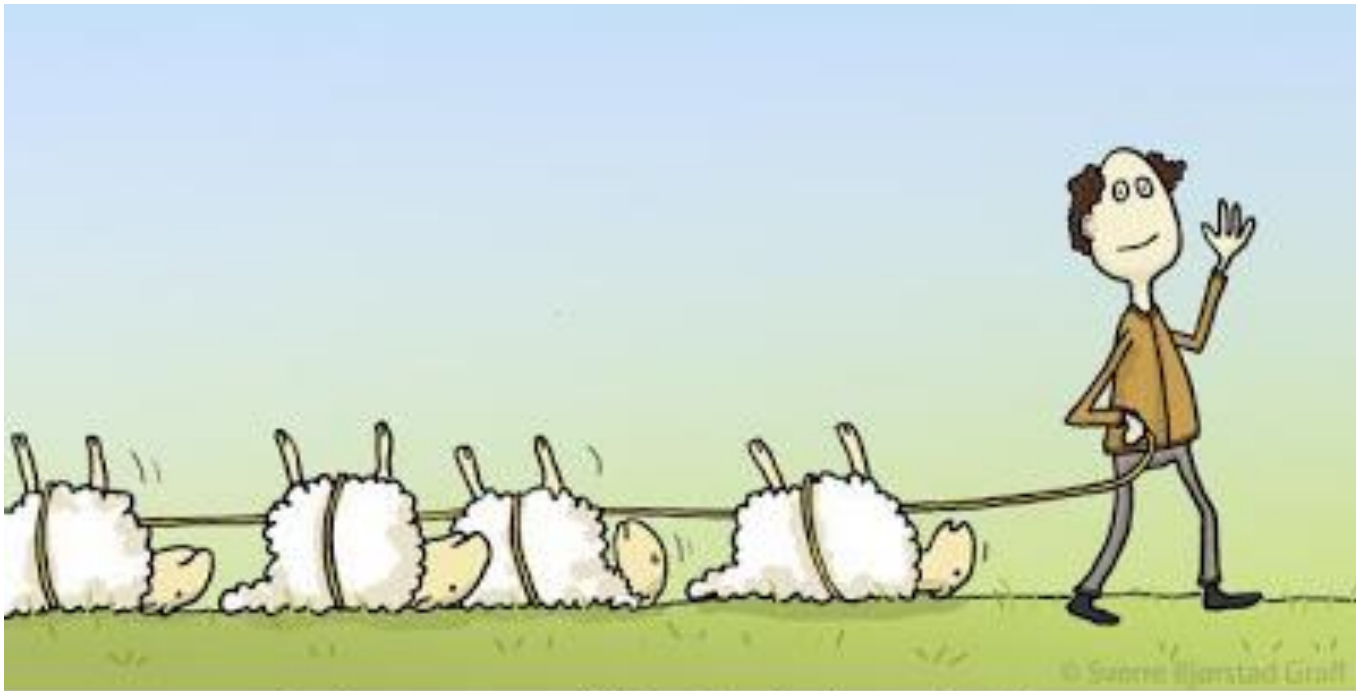
Andre stoffer og multiple stoffer

- *Andre stoffer.* Enkelte antikolinerge stoffer har sentralstimulerende og hallusinogene effekter. Det samme gjelder høydoseinntak av enkelte antihistaminer som også har beroligende effekt.
- Mange bruker **flere stoffer**, ofte samtidig. Det kan føre til usikre virkninger og øker risiko for uventede psykiske reaksjoner og for noen risiko for overdose, spesielt hvis flere dempende midler kombineres.

Rus påvirkede

- Kartlegge hvilke rusmiddel
- Mengde
- Sist inntatt
- Oppadgående rus?
- Antidote
 - Naloxone- Opiater
 - Mucomyst- Paracet
 - Anexate- Benzo
 - Etanol- Metanol
 - Fomepizol- Etylenglykol (frostvæske)
 - Kull
- Innleggelse medisinsk overvåking for avklaring

Takk.....



Bastiansen var godt kjent for sine lange fåredrag