

NÅR SINDET SMERTER

Modul 8

› Selvmordsrisiko

› Tvangsindlæggelser

› Oplægsholder Lars Martin Nielsen, overlæge, Psykiatrisk center København

- Er pt. selvmordstruet?
- Hvordan klarer vi en tvangsindlæggelse i en travl hverdag?
- Hvordan fortsætter vi et godt læge-/patientforhold efter en tvangsindlæggelse?
- Har vi en brugbar instruks for tvangsindlæggelse i vores praksis?

- Udredning/afklaring af psykisk lidelse kan tage tid og flere konsultationer. Husk vurdering af suicidalrisiko ved første kontakt.

Hvert år er der 1 million selvmord i verden,
svarende til et selvmord for hver 40 sekunder

Selvmord er en af verdens største
folkesundhedsproblemer, og selvmord
koster flere liv end i krige og
drab over hele verden

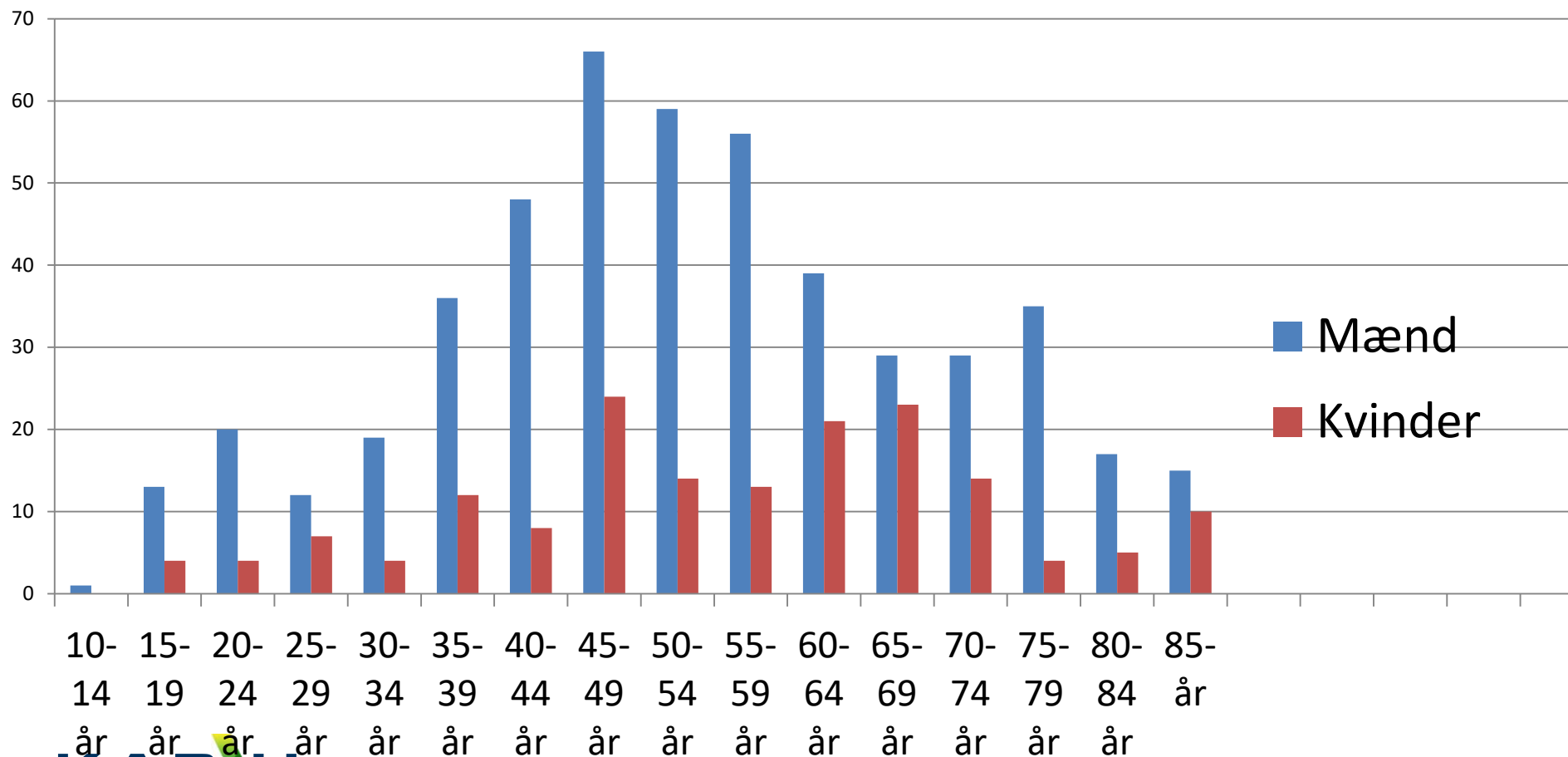
En komplikation

Selv mordshandlinger kan betragtes som alvorlige og forebyggelige komplikationer til en række sygdomme og tilstande.

En midlertidig sindstilstand

- Beskytte den selvmordstruede, indtil naturens helende kræfter - eller medicinsk og psykologisk behandling - ændrer den selvmordstruedes tilstand, så han eller hun igen kan se perspektiver i at leve videre.
- Impulsivitet - specielt blandt unge. Håndtering af impulsivitet indgår som en vigtig del af behandlingsarbejdet

Selv mord blandt mænd og kvinder i Danmark, 2012



Antal

› Selvmord i 2015: 563
(♂: 390, ♀: 173)

› Selvmordsforsøg i 2011:
ca. 12.500
(♂: 4930, ♀: 7657)

Kilde: Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik.
Beregning: Annette Erlangsen PhD, DRISP, Psykiatrisk Center København.

Effektive psykoterapeutiske behandlinger efter selvmordsforsøg

Risiko for gentaget selvmordsforsøg: 16 % i
første år ved førstegangsselvordsforsøg

Effektiv nedsættelse af risiko for nyt forsøg

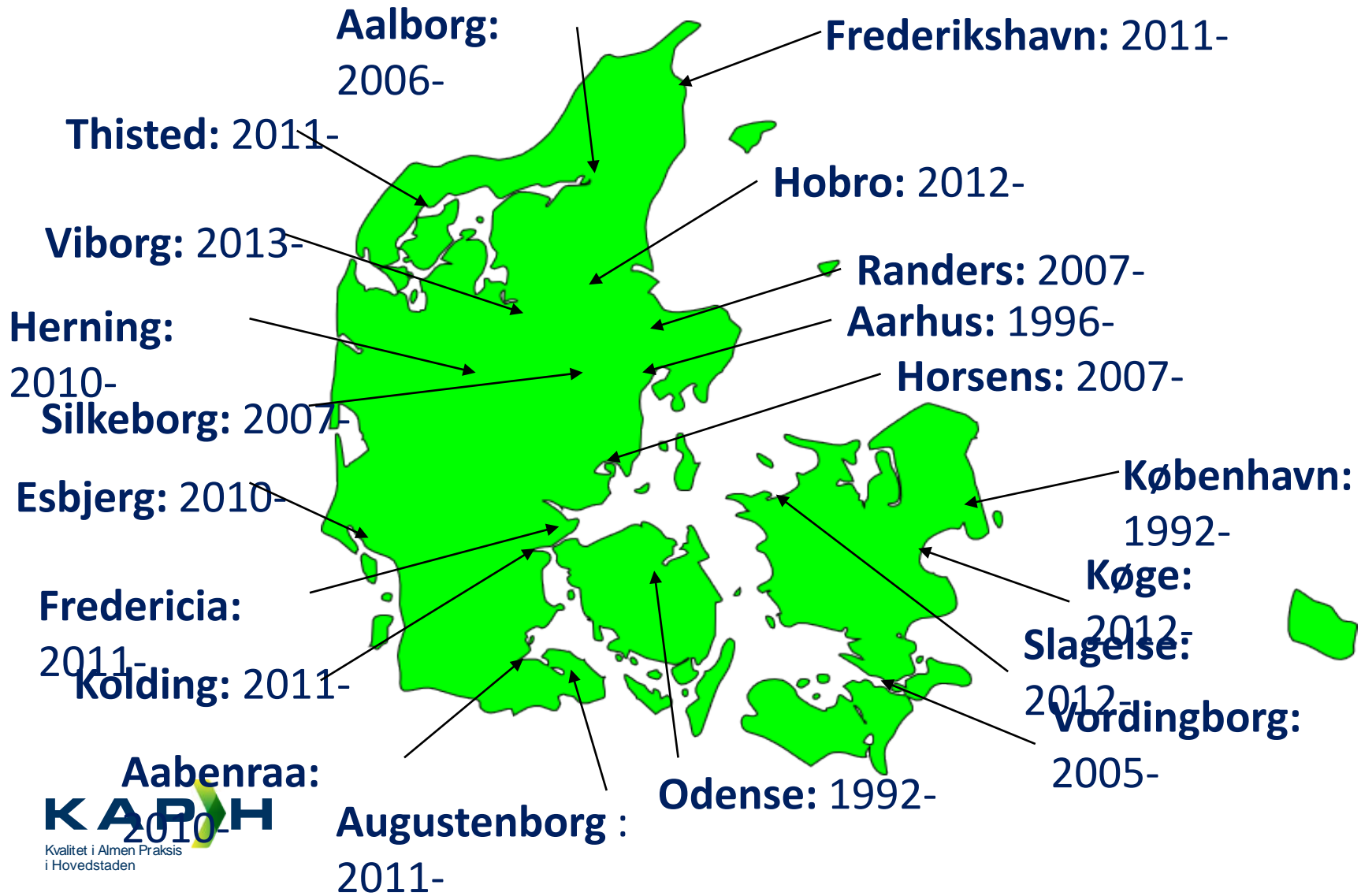
- Kognitiv adfærdsterapi
- Dialektisk adfærdsterapi

Risikofaktorer for selvmord

- Affektiv lidelse: RR 20
- Skizofreni: RR 20
- Alkohol misbrug: RR 15
- Personlighedsforstyrrelse: RR 20
- Selvmordsforsøg: RR 30
- Nydiagnosticeret svær sgd: RR 2
- Nylig enke/ enkemand: RR 3
- Skilsmisse RR 2
- Nylig arbejdsløs RR 2
- Kriminalitet RR 3
- Hjemløshed RR 7

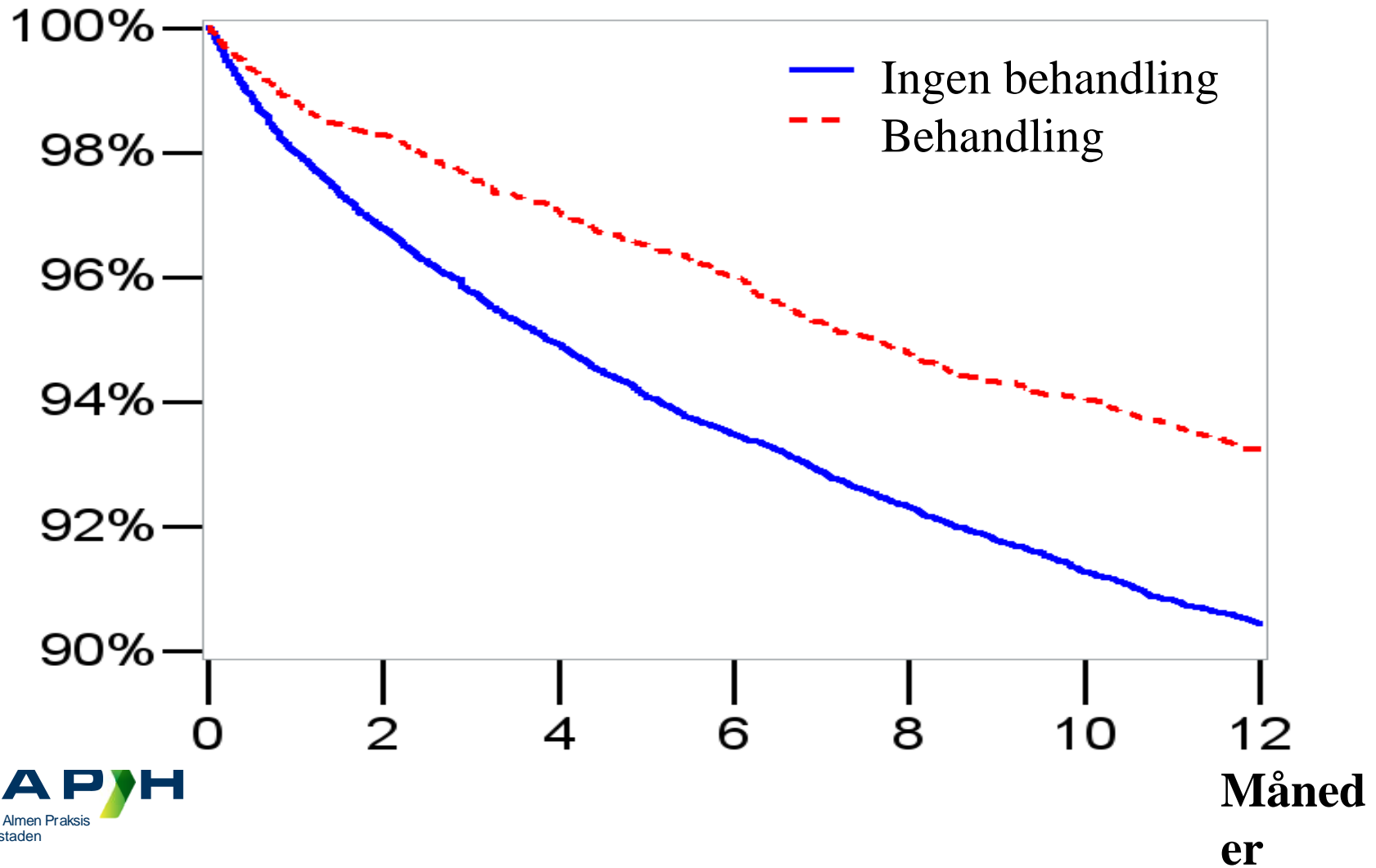
Selvmondsforebyggende behandling

Selvordsforebyggende klinikker



Gentaget selvmordsforsøg

Sandsynlighed for at ikke at gentage



Selvmordsrisiko?

Beate er en 68-årig kvinde, der indlægges på psykiatrisk afdeling på foranledning af sine voksne børn. Hun er blevet tiltagende mere trist og fremtræder nu helt fortvivlet og overbevist om, at hun har en særlig form for kræft, og at hun har smittet sine børnebørn med den. Hun bebrejder sig selv, at hun har spredt den skæbnesvangre smitte og mener den eneste løsning er, at hun begår selvmord. Hun spiser og sover kun sparsomt og vandrer hvileløst rundt på afdelingen. På afdelingen planlægges behandling med elektrochok.

John er en 45-årig mand, som indlægges fra psykiatrisk skadestue, efter at en nær ven har overtalt ham til at søge hjælp. Han sad i sin lejlighed og havde tanker om at hænge sig og havde faktisk skaffet et reb. Han havde fortalt sin ven om sin desperate situation, og vennen tog ud til ham, fordi han var bekymret. John er langvarigt sygemeldt efter en knæoperation, og han har i den forbindelse mistet sit arbejde som chauffør. Han er bitter over den måde, fyringen er foregået på, og hans fagforening kører sag mod firmaet for uberettiget afskedigelse. Han er skilt for et år siden og har i den forbindelse mistet kontakten til ekskonen og hendes to børn, som han ellers var meget knyttet til. Han har et par gange optrådt voldsomt over for ekskonen, og det er derfor, hun har afbrudt kontakten helt. Han har aldrig slået hverken hende eller børnene. Han har fremløjet en lejlighed, som han ikke har råd til at bo i og har overtrukket sin konto i banken. Han bliver nødt til at flytte, men han ved ikke, hvor han skal flytte hen. Han er bange for, hvordan han skal klare sig, når hans sygedagpenge udløber. Han kan i perioder drikke rigeligt, men har aldrig drukket på arbejde og har aldrig kørt spirituskørsel. Det hele forekommer ham håbløs, og han er både trist, vred og frustreret. Der er intet, der kan muntre ham op. Han har nu været indlagt i et par uger og modtager antidepressiv behandling, som endnu ikke har haft en overbevisende effekt.

Mette er er 19 årig pige som indbringes på hospital efter selvmordsforsøg. Hun er vokset op med sin mor, og har ingen kontakt med faderen. Da Mette var 11 år og fik moderen fik en ny samlever og herefter yderligere to børn. På grund af konflikter i hjemmet flyttede Mette på ungdomspension. Hun fik en kollegieplads, da hun begyndte på HF.

På HF forelsker hun sig i en klassekammerat, Henrik. Mette er meget forelsket i Henrik, og hun nyder samværet med hans familie. Han bor med begge sine forældre og to yngre søskende. Mette knytter sig tæt til Henriks mor, og det er næsten som om, hun prøver at liste sig ind i søskendeflokken. Henriks mor er meget omsorgsfuld overfor Mette og hjælper hende blandt andet med at læse lektier. Henrik har igennem en længere periode følt sig tiltagende irriteret på Mette. Han synes, hun klæber på ham, og til sidst kan han ikke holde det ud mere, og slår op med hende, selv om han ved, det vil gøre hende frygteligt ondt. Mette foretager selvmordsforsøg ved at indtage en større dosis piller, som hun har rørt ud i yougurt for bedre at kunne få dem ned. På hospitalet vågner hun op og har kun én bøn til personalet: Ring til Henrik - sig han skal komme tilbage! Henriks mor møder op på afdelingen, er meget bekymret og lover, at hun også i fremtiden vil have kontakt med Mette og støtte hende.

Karina er en 19-årig pige, der er ringforlovet med en slagterlærling. Parret kommer i skænderi, han smækker med døren og går ned for at købe cigaretter.

Mens han er væk, indtager hun al sin astmamedicin. Da han efter kort tid kommer tilbage, fortæller ham, hvad hun har gjort. Hun provokerer en opkastning, og efterfølgende lægger parret sig til at sove. Han vågner midt om natten ved, at hun har fået et krampetilfælde. Han kalder en ambulance, og på vej til sygehuset får hun hjertestop.

Hun genoplives og ligger på intensiv i respirator i en hel uge. Hun lettet over at have overlevet, uforstående over, hvad hun har gjort, og overbevist om, at hun ikke kan finde på at gøre det igen.

En psykiatrisk vurdering af hende peger på, at hun begavelsesmæssigt ligger i den nederste halvdel af normalområdet, at hun virker lidt umoden, og at hun ikke skønnes at være suicidalfarlig. Hun frembyder ikke tegn på psykose eller anden alvorlig sindslidelse.

Abigail er en 21-årig kvinde, der henvender sig i skadestuen efter at have indtaget seks kodimagnyl. Hun har igennem længere tid i tiltagende grad været optaget af religiøse overvejelser. Hun føler sig forbundet med Gud, og hun vil gerne forenes med Gud og en tidligere nær ven, der er død af selvmord ved udspring fra en høj bygning. Hun har fortsat tanker om, at hun ved at tage sit eget liv kan blive nærmere forbundet med Gud og sin ven. Ud fra en somatisk synsvinkel er selvmordsforsøget fuldstændig ufarligt. Den psykiatriske vurdering peger på, at hun er præget af magisk tænkning, vaghed i tankegangen og religiøse vrangforestillinger. Hun skønnes at være fortsat selvmordtruet.

Esben er 22 år og lider af skizofreni. Han har haft forestillinger om at andre talte nedladende om ham, og han har følt sig beskyttet af en orangefarvet tøjbamse, som han i perioder har gået rundt med under armen.

Flere gange har han taget overdosis af store doser smertestillende medicin, og han har to gange forsøgt at skære sig dybt i venstre håndled, og en gang har han prøvet at skære sig i halsen. Han har ofte skåret sig overfladisk på oversiden af armen og låret. Han har ikke kunnet forklare, hvad der var baggrunden for hvert af selvmordsforsøgene, kun at han pludseligt har syntes, at det hele var håbløst. Det kan næsten virke som om han er stolt af selvmordsforsøgen. Grinende fortalte han, at lægen på medicinsk afdeling havde sagt, at Esben i år var den, der flest gange var behandlet på grund af selvmordsforsøg. Han har overvejet at bede apoteket om at lade være med at sælge ham tabletterne næste gang, han beder om det.

Efter at han har prøvet flere forskellige antipsykotiske og antidepressive midler, aftog hans symptomer. I takt med gradvis bedring af den psykotiske tilstand lykkedes det at få kontrol over de selvskadende handlinger. Han har efterhånden lært at henvende sig i psykiatrisk skadestue eller ringe til sin kontaktperson eller sine forældre, når han føler det som om han bliver nødt til at foretage en selvskadende handling.

Pas på selvmordstruede mænd

- De søger ikke hjælp af sig selv
- Eller behandlingssystemet tager ikke godt imod dem

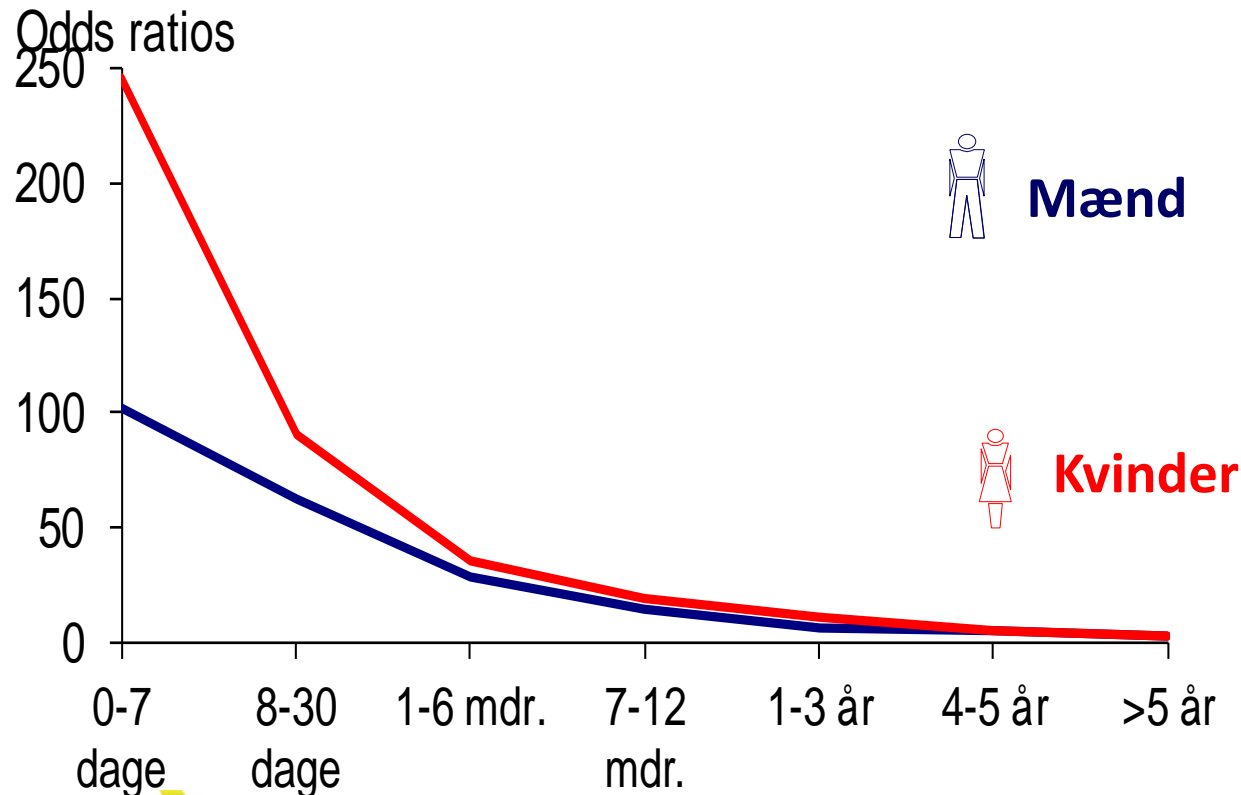
Kumuleret absolut risiko for selvmord ved psykisk sygdom og selvmordsforsøg

	Mænd	Kvinder
Psykisk sygdom	Risiko i procent	Risiko i procent
Skizofreni	10,3%	10,9%
Skizofreni-lignende	10,0%	8,0%
Bipolar affektiv sygdom	17,1%	9,4%
Depression	10,5%	6,5%
Misbrug, psykiatrisk afd	6,5%	5,0%
Misbrug, somatisk afd	5,3%	4,0%

Risiko for selvmord under indlæggelse på psykiatrisk afdeling

- › Ca 30 hvert år
- › Halveret i løbet af de sidste 15 år
- › Halvdelen på afdelingen, halvdelen under udgang
- › Hængning/ kvælning er den mest anvendte metode ved selvmord på afdelingen

Selvmondsrisiko i tiden efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling



To risikoperioder

- › Kort tid efter indlæggelse
 - › Kort tid efter udskrivning
-
- › Oplagte muligheder for forebyggelse

Screening for selvmordsrisiko

- › Har patienten aktuelt selvmordstanker?
- › Har patienten aktuelle selvmordsplaner?
- › Har patienten tidligere foretaget selvmordsforsøg?
- › Fremstår patienten forpint, præget af håbløshed og sortsyn og ude af stand til at angive årsagen til fortsat at leve?
- › Er patienten præget af impulsivitet?
- › Formår patienten ikke på troværdig vis at tage afstand fra selvmordshandlinger?
- › Er der for nylig sket væsentlige ændringer i patientens livsomstændigheder eller psykiske tilstand?
- › Har pårørende udtrykt bekymring for, at patienten vil forsøge selvmord?

Kriseplan

- › Aflede mig selv, f.eks. gå en tur, høre min yndlingsmusik, se TV, gå på nettet, tage et varmt bad.
- › Flytte mig fra situationen, gå ind i et andet rum
- › Tænke: "Jeg har prøvet det før– det går over igen"
- › Sige til mig selv: "Jeg har lovet ikke at gøre skade på mig selv"
- › Tage en beroligende pille
- › Ringe til min søster Lea, tlf 29 90 95 79
- › Ringe til min veninde Karin, tlf 24 25 76 55
- › Ringe til min mor, tlf 44 48 03 54
- › Ringe til min kontaktperson Hanne, tlf. 26 12 04 78
- › Ringe til Livslinien, tlf. 70 201 201 (åbent døgnet rundt)
- › Ringe til psyk. udrykningstjeneste via 1813
- › Tage en taxa til psyk. skadestue, tlf 38 64 70 00 (have penge parat)



Trøst ikke en ulykkelig

- Samtalen skal foregå uforstyrret
- Man skal turde spørge til selvmordsadfærd og selvmordstanker - uden for mange omsvøb.
- Det er en myte, at selvmordstanker kan provokeres af, at man spørger til dem.
- Lyt. Modsig ikke selvmordstankerne eller begrundelsen for dem.
- Giv håb: Andre i en tilsvarende situation har fået det bedre.
- Giv aldrig den selvmordstruede ret i, at selvmord er den bedste løsning.
- Kan man selv gennemføre samtalen med den selvmordstruede på en konstruktiv måde?

Tilbyd praktisk hjælp og behandling

- Ofte er de praktiske omstændigheder omkring selvmordstruede er helt kaotiske.
- Regninger, der skulle have været betalt, sygemeldinger, der ikke er blevet meddelt, aftaler der ikke kunne overholdes osv.
- Motiver for behandling. Der eksisterer muligheder for hjælp, selvmordstruede overalt i landet kan få akut og subakut hjælp i en lang række tilbud.

Myter

- At spørge til selvmordstanker kan fremprovokere selvmordsforsøg.
- Folk, der foretager ufarlige selvmordsforsøg, ønsker ikke at dø.
- Folk, der taler om selvmord, tager ikke deres liv.

Holdninger

- De ønsker bare opmærksomhed og ligger på afdelingen og ”holder hof”.
- Der er jo alligevel ikke noget at gøre.
- Han/hun manipulerer med os alle sammen.

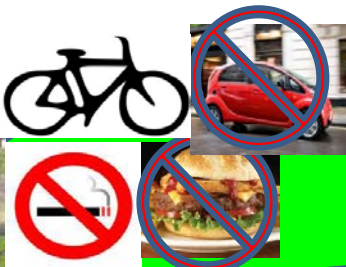
Selv mordstrusler

- Selvmordstrusler skal tages alvorligt
- Man er sølle stædt hvis man kun har sig selv at tage som gidsel
- Snarere et skrig i desperation end et råb om hjælp
- Hvis man ofte oplever selvmordstrusler skal man overveje om enheden er udbændt og producerer afmagt

De pårørende

- Bekymringer for den selvmordstruede
- Leve med risikoen for selvmord
- Selvbefrejdelse (ikke været tilstrækkelig støtte, ikke været tilstrækkeligt vigtig for den selvmordstruede).
- Vrede mod den selvmordstruede.
- Skam
- Henvisning til psykologbehandling – evt i centre

Understøtte
livsstilsændringer,
monitore helbred,
identificere tidlig
risiko



Monitorere helbred
og tilbyde relevant
behandling for
medicinske
tilstande



Stabilisere
hjerterytme,
blodtryk og
sikre
respirationsveje



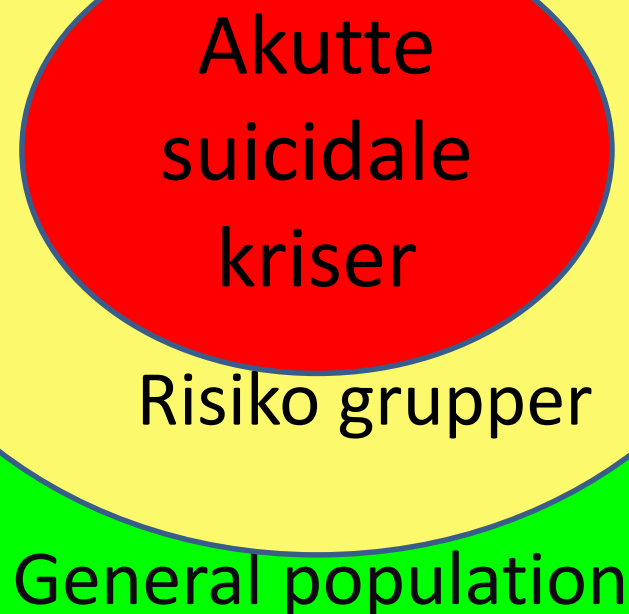
Fysiske sygdomme

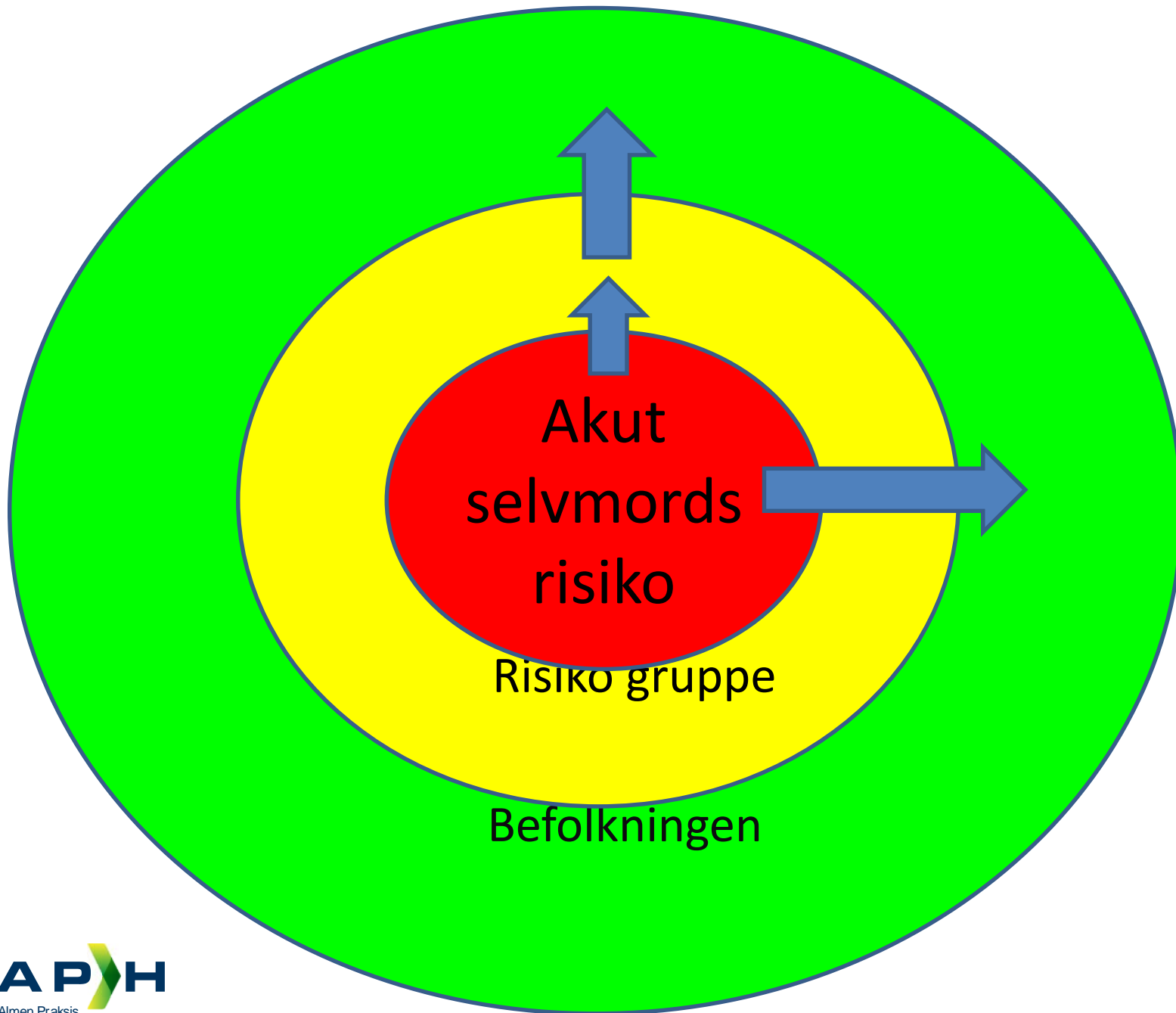
Baggrundsbetolkningen

Understøtte beskyttende faktorer.
Reducere stressorer.
Sikre let adgang til behandling
Nedsat adgang til farlige metoder

Identificere risikogrupper og monitorere selvmordsrisiko
Uddannelse af personale
Relevant behandling
Sikre hjælp i svære sociale situationer

Sikre overlevelse og stabilisere kritiske situationer





Selvmord kan forebygges

Selvmondsrisikovurdering i 4 trin

Til højre ses folderen.

Følgende dias er kopi af folderens
tekst.

Selvmondsrisikovurdering i 4 trin

Fremgangsmåder

Identifikation og vurdering af selvmondsrisiko er en faglig vurdering, der er baseret på

- Anamnese
- Psykopatologi

Dette afbækkes ved nedenstående 4 punkter.

1. Undersøge for selvmondsadfærd

- Har patienten tidligere foretaget selvmondsforsøg? Er det fornyligt?
- Har patienten aktuelle selvmonds tanker?
Er svaret på ovenstående negativt spørges til punkt 2
- Har patienten aktuelle selvmondsplaner?
- Har patienten tanker om, at livet ikke er værd at leve (passive dødstanker)?
- Kan patienten på troværdig vis tage afstand fra selvmondsimpulser?

Ovenstående områder kan afbækkes ved:

- Handlinger: Tidligere forsøg fortryder overlevelse, foranstaltninger mod opdagelse, forberedelse af forsøg (finde piller frem, binde løkke, afskedsbrev, testamente, slette filer), selvskade
- Tanker: Frekvens, intensitet, varighed (i de sidste døgn, sidste måned, længste periode, dødsønske)
- Planer: Hvornår, hvor, hvordan, tilgængelighed til midler og disses farlighed, forberedende handlinger
- Hensigt: I hvilket omfang forventer patienten at gennemføre planen og mener, at planen er dødelig
- Udlokkambihælsere: Grunde til at leve/dø, spørge pårørende om dokumentation for selvmondsadfærd og ændring af humør, adfærd og beklagninger
- Passive dødstanker: Patienten udtrykker f.eks. "det gjorde ikke noget, at jeg kom ud for en ulykke" eller at "jeg ikke vil gæne op i morgen"

Selvmondsrisikovurdering i 4 trin

Fremgangsmåde:

Identifikation og vurdering af selvmordsrisiko er en faglig vurdering, der er baseret på:

- Anamnese
- Psykopatologi

Dette afdækkes ved nedenstående 4 punkter.

1. Undersøge for selvmordsadfærd

- Har patienten tidligere foretaget selvmordsforsøg? Er det fornyligt?
- Har patienten aktuelle selvmordstanker?

Er svaret på ovenstående negativt springes til punkt 2

- Har patienten aktuelle selvmordsplaner?
- Har patienten tanker om, at livet ikke er værd at leve (passive dødstanker)?
- Kan patienten på troværdig vis tage afstand fra selvmordsimpulser?

Ovenstående områder kan afdækkes ved:

- Handlinger: Tidligere forsøg, fortryder overlevelse, foranstaltninger mod opdagelse, forberedelse af forsøg (finde piller frem, binde løkke, afskedsbrev, testamente, slette filer), selv-skade
- Tanker: Frekvens, intensitet, varighed (i de sidste døgn, sidste måned, længste periode, dødsønske)
- Planer: Hvornår, hvor, hvordan, tilgængelighed til midler og disses farlighed, forberedende handlinger
- Hensigt: I hvilket omfang forventer patienten at gennemføre planen og mener, at planen er dødelig
- Udforsk ambivalens: Grunde til at leve/dø, spørge pårørende om dokumentation for selvmordsadfærd og ændring af humør, adfærd og belastninger
- Passive dødstanker: Patienten udtrykker f. eks. "det gjorde ikke noget, at jeg kom ud for en ulykke" eller at "jeg ikke vågner op i morgen"

Trin 2

2. Aktuell Klinisk tilstand

- Fremtræder patienten forpint, præget af sortsyn, håbløshed, desperation eller agitation?
- Er patienten ude af stand til at angive grunde til at leve?
- Er patienten impulsiv?
- Har de pårørende givet udtryk for bekymring for, at patienten er selvmordstruet?

Svarer patienten negativt på alle ovenstående spørgsmål springes frem til punkt 5.

Trin 3

3. Risikofaktorer

Har patienten

- Lidt et nyligt tab (f.eks. en skilsmisse, mistet kæreste eller venner, dødsfald, mistet sit arbejde, fået konstateret alvorlig sygdom, smerter, funktionstab)
- Været udsat for andre væsentlige belastninger, herunder traumatisering
- Væsentlig ændring i psykisk tilstand
- Fornylig diagnosticeret med psykiatrisk sygdom

Eksempler på yderligere risikofaktorer: (risikofaktorer forstærker hinanden)

- **Psykiatriske lidelser** (tidligere/aktuelle): Tidligere selvmordsforsøg, depressioner, psykotiske lidelser, ADHD, PTSD, personlighedsforstyrrelser, Adfærdsforstyrrelser m. fl.
- **Særlige symptomer**: Tomhedsfølelse, angst, søvnforstyrrelser, affektforvaltningsvanskeligheder
- **Misbrug**: Alkohol, stoffer
- **Familieforhold**: Belastninger i familien (f.eks. konflikter, alvorlig sygdom, misbrug, dispositioner til selvmordsadfærd, socioøkonomisk status)
- **Ændring i sociale forhold**: Skilsmisse/afsluttet forhold, mistet bolig, mistet arbejde
- **Køn, alder og civilstatus**: Ældre mænd, yngre kvinder, enlig status
- **Pludselig opstået stress**: Faktorer som medfører ydmygelse, skam (f.eks. brud på relation, overgreb, social isolation, mobning)
- **Behandlingsændring**: Udskrivelse fra psykiatrisk afdeling, væsentlige ændringer i behandling

Trin 4

4. Beskyttende faktorer

Er patienten i stand til at angive positive grunde til at leve og/eller har patienten frygt for at dø (lidelse/smerte)?

- **Relationer:** Ansvar for andre. Gode relationer til forældre, partner, anden tæt familie, venner. God social støtte
- **Mestringsstrategier:** Evne til at håndtere stress, frustrationstolerance, hjælpsøgende adfærd, tro på egen evne til at kunne løse problemer, generel tro på livet (evt. religion)
- **Omgivelser:** Beskyttende foranstaltninger, åben/lukket afdeling, skærmning, fast vagt, pårørende og venner, hensyn til/ ansvar for andre (børn/familie/andre pårørende/dyr)

Skema

Risikoniveau	Obligatorisk intervention	Mulig intervention	Suicidalitet
Ingen øget selvmordsrisiko	<p>Har patienten i det aktuelle behandlingsforløb tidligere været vurderet i øget selvmordsrisiko og akut øget selvmordsrisiko. Skal der laves kriseplan i forbindelse med udskrivelsen.</p> <p>Link til app: Minplan</p>	<p>Inddrag pårørende. Løs akutte problemer. Indgiv håb. Henvis til Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, henholdsvis for voksne eller for børn og unge (under 18 år). Kopi af skadesjournal til egen læge/behandler.</p> <p>Underretning.</p> <p>Udarbejd kriseplan (se bilag 2, Kriseplan)</p>	<p>Der kan være selvmordstanker, men ingen planer eller intentioner</p>
Øget selvmordsrisiko	<p>Der skal udarbejdes kriseplan.</p>	<p>Som ovenstående samt overvej hyppig kontakt eller indlæggelse.</p> <p>Inddrag netværk/pårørende. Ved patienter under 18 år skal forældre principielt inddrages uanset barnets/ den unges accept med mindre noget taler stærkt imod.</p>	<p>Selvmordstanker med evt. konkrete selvmordsplaner, men ingen selvmordsadfærd</p>
Akut øget selvmordsrisiko	<p>Der skal udarbejdes kriseplan.</p>	<p>Som ovenstående samt overvej hyppig kontakt eller indlæggelse.</p> <p>Inddrag netværk/pårørende. Ved patienter under 18 år skal forældre principielt inddrages uanset barnets/ den unges accept med mindre noget taler stærkt imod.</p>	<p>Potentielt livsfarlige selvmordsforsøg eller vedvarende selvmordstanker med stærke intentioner eller selvmordsadfærd</p>

5. Bestem risikoniveau og risikohåndtering:

På baggrund af ovenstående 4 punkter foretages en klinisk vurdering af selvmordsrisikoniveau. Personen, der foretager vurderingen, skal være opmærksom på egne eller andres fornemmelser i forhold til risiko for selvmord, selv om patienten er benægtende. Hvis der stadig er tvivl rådføres med en kollega.

Afslutning

Herefter skal der iværksættes interventioner.

En læge/specialpsykolog eller overlæge inddrages, når der er usikkerhed i forhold til vurdering og opfølgning.

Dokumenter og journaliser konklusion:

Nedenstående punkter resumeres og konklusion dokumenteres enkeltvis i stikordsform med overskriften:

Selvmondsrisikovurdering

Punkt 1, 2 og 5 dokumenteres altid, punkt 3 og 4 dokumenteres, hvis der er positive besvarelser under punkt 1 og 2.

1. Undersøg for selvmordsadfærd
2. Aktuel klinisk tilstand
3. Risikofaktorer
4. Beskyttende faktorer
5. Bestem risikoniveau og anbefal handlingsplan

Patienter på udgang/orlov og udskrivning:

I forbindelse med orlov/udgang og udskrivning følges fremgangsmåde i vejledningen:

Selvmondsrisiko – vurdering af

Ambulante patienter:

Ved opstart af ambulant behandling skal der foretages vurdering af risiko for selvmord. Vurderingen skal foretages ved første samtale med patienten.

Herefter skal der som minimum foretages vurdering af risiko for selvmord ved revidering af behandlingsplan, ved ændring i patientens tilstand samt ved afslutning af forløbet.

➤ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser-efter-speciale/psykiatri/>

Spørgsmål ?

Det psykiatriske akut beredskab i aktion



Det psykiatriske akut beredskab

- Organiseret under Den Præhospitale Virksomhed
- Åbent i tidsrummet 16 til 08 på hverdage
- Døgndækkende i weekender og på helligdage.





Målgruppe

- Mennesker med akut opstået eller akut forværring af psykotisk angst, som ikke tør eller kan henvende sig på de psykiatriske skadestuer
- Mennesker, der er i svær affekt/har selvmordtanker
- Pårørende, naboer, socialarbejdere, politi, eller andre som oplever, at et andet menneske har brug for akut psykiatrisk hjælp

Hvordan får man fat på Psykiatrisk Akut Beredskab?

Kontakt til det Psykiatriske Akutberedskab sker gennem 1813 eller 112. Poli og den sociale døgnavt kan henvende sig direkte.

Den vagthavende psykiater afgør, hvad der videre skal ske. Fx.:

- Telefonisk rådgivning af patient og/eller pårørende
- Udkørsel til patientens opholdssted

Psykiatrisk akut beredskab: Funktion

- Det ambulante tomrum uden for almindelig arbejdstid.
- Højt kompetenceniveau i samarbejde med ambulanceførere
- Servicerer kroniske patienter på de socialpsykiatriske botilbud.
- Borgere, som har alvorlige ubehandlede psykiatriske lidelser.
- Akut løsning af problemstillinger med risiko for selvmord, vold, trusler om vold og sindssygelige tilstande

Psykiatriloven - farekriteriet

Erklærer jeg herved, at pågældende er *sindssyg* eller befinder sig *i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed*, og at det med henblik på behandling vil være *uforsvarligt ikke at tvangsindlægge* pågældende, fordi den pågældende frembyder en *nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre*

Psykiatriloven - behandlingskriteriet

Erklærer jeg herved, at pågældende er *sindssyg* eller befinder sig *i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed*, og at det med henblik på behandling vil være *uforsvarligt ikke at tvangsindlægge* pågældende, fordi *udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden* ellers vil blive væsentlig forringet.

Patienten er en 57 årig kvinde, som følges af opsøgende psykoseteam. Hun har udviklet svær psykose med forestillinger om at hun skal giftes. Hun fremtræder ved EL ankomst yderst påfaldende, iklædt mange lag tøj og en narrehat. Hun er på vej ind i en taxa for at møde sin tilkommende.

Taxakørslen afbrydes og patienten flygter ind i sin lejlighed og barrikaderer sig. Med politiets mellemkomst skaffes adgang til lejligheden. Patienten er nu nøgen, lejligheden helt kaotisk indrettet. Patienten oplyser, at der er en usynlig kanarifugl, som hun ikke kan forlade.

Patienten er en 36 årig mand uden tidligere psykiatrisk kontakt. EL tilkaldes af politiet, da patienten har barrikaderet sig i et værelse i sin lejlighed og truer med at skære halsen over på sig selv med en skarp japansk kniv.

Anledningen er, at han har udlejet et værelse til en familie med et spædbarn, han har sagt dem op til den første, men de er ikke flyttet. Han kræver, at politiet fjerner lejerne og deres møbler, ellers vil han skære halsen over på sig selv.

Patienten er en 65 årig kvinde, som har været i psykiatrisk behandling, og som for et år siden i psykose skar sig selv i håndleddet og kvalte datterens hund. Datteren har kaldt EL. Patienten tror naboen vil forgifte hende, og hun mener, der er speakere i fjernsynet, som bagtaler hende. Ved udrykningen er patienten ret pludseligt blevet somnolent, kan ikke holde sig vågen.

Der findes et tomt pilleglas med 100 tbl Noritren 25 mg, udskrevet to dage før.

Den sociale døgnvagt tilkalder EL til en 32 årig kvinde med en 4 årig dreng. Politiet har afleveret patienten i døgnvagten, efter at hun havde været indblandet i et slagsmål med mand, som havde smidt hende og veninden ud af et fremlejemål, som de havde misligholdt ved ikke at betale husleje, holde larmende fester og lade en hundehvalp ødelægge møbler og tapet. Patienten havde overladt den 4 årige dreng til en forbigående mand. Patienten fremstår submanisk, urealistisk og ude af stand til at passe drengen.

Ægtefællen til en 68 årig kvinde har kaldt EL. Hun har i mange år været i psykiatrisk behandling hos privat praktiserende psykiater. Hun har udviklet den opfattelse at hendes eksmand har hyret ægtefællen som lejemorder, og hun har i et par timer stillet ham anklagende spørgsmål.

Ved udrykningen er hun rolig, og kan i nogen grad tage afstand fra forfølgelsesforestillingerne. Hun mener ikke hun har brug for indlæggelse.

EL kaldes på samleverens initiativ til en 43 årig mand med selvmordstanker. Han er trist og lettere alkoholpåvirket, og på spisebordet ligger en hel bunke sammenkrøllede afskedsbreve. Han har ikke gjort skade på sig selv, men han har 100 stk paracetamol i sin anoraklomme.



Patienten er en 22 årig mand, som for fire dage siden er udskrevet til bosted. Han er kendt med skizofreni og lejlighedsvist brug af amfetamin eller kokain.

Kontaktpersonen har kaldt EL, da patienten har udviklet forestillinger om at han er vanskabt, noget er galt med luftvejene, og at han har et dyr i brystkassen. Han har tidligere skåret sig selv i maven for at få fjernet en imaginær kat.

➤ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser-efter-speciale/psykiatri/>

Instruks for tvangsindlæggelse

1. Patient er i henhold til Psykiatriloven vurderet indlæggelseskrævende på grund af et farekriterium eller et behandlingskriterium, og der er forsøgt overtalelse til frivillig indlæggelse.
Pt. skal orienteres om at vedkommende nu tvangsindlægges. Vent evt. til politiet er ankommet, hvis det skønnes at det kan opt rappe situationen og informer, når der er sikre forhold.
 2. Politi kontaktes og møde og tidspunkt aftales i hjemmet eller i klinikken.
Ring 114 – der bedes om postnummer og man viderestilles til lokale politi station.
 3. Husk din egen sikkerhed, personalets, de pårørende og andre patienter.
 4. Kontakt til psykiatrisk vagthavende (skriv telefon nr. for eget akut psykiatriske skadestue) for evt. hjælp til udfyldelse og for information om den kommende indlæggelse.
 5. Udfylde papirer på baggrund af lægens egen undersøgelse og relevanteanamnesticke oplysninger. Husk at udfylde dato og klokkeslæt for undersøgelsen af hensyn til tidsfrister (24 timer – rød / 7 dage – gul) Der bør påføres den erklæringsudfærdigende læges autorisationsnummer, ligesom navn , klinikkens adresse og et direkte telefonnummer er vigtig.
- Vejledning ligger i forløbsbeskrivelsen: Tvangsindlæggelser – voksne på www.Sundhed.dk
Der er er link til attesterne, og de kan også findes på www.Politi.dk /blanketter / andre attester
6. Overbringe informationer til politi og sikre godkendelse af lægeerklæringen af vagthavende politifuldmægtig.
- Evt. fax:
Københavns Politi 35 21 00 84
Vestegnens Politi 43 86 14 40
Nordsjællands Politi 49 27 14 39
Bornholm Politi 56 90 14 00
(slet ikke relevante numre)
7. De briefing med kollegaer/personale
 8. Sæt reminder i dagsprogram fx 4 uger fremme mhp. opfølgning/ kontakt til patient for at få talt tvangsindlæggelsen igennem og opretholde god relation.

- › Er pt. selvmordstruet?
- › Hvordan klarer vi en tvangsindlæggelse i en travl hverdag?
- › Hvordan fortsætter vi et godt læge-/patientforhold efter en tvangsindlæggelse?
- › Har vi en brugbar instruks for tvangsindlæggelse i vores praksis?

Spørgsmål ?



Audit om psykofarmaka og årskontroller

- Husk udfylde evaluering – kommer på mail.
- Tak for nu og kom godt hjem.