

Afrusning under indlæggelse -Beskrivelse af lokal praksis

Overlæge Jannik Bjerrum

Psykiatrisk Center Glostrup

Psykiatrisk Akutafsnit ("Skadestuen")

Oversigt

- Hvad er psykiatrisk skadestue?
- Hvad er formålet med en afrusning?
- Hvem kan/skal afruses under indlæggelse?
- Hvordan foregår behandlingen?
- Hvad gør vi efter afrusningen?
- Hvordan håndteres vanskelige cases?
- Hvad er vores udfordringer og fremtidsperspektiver?

Hvad er psykiatrisk skadestue?

- Døgnåben, uvisiteret modtagelse for mennesker med psykiske problemer.
- Dækker Vestegnen og Valby.
- Samtalerum, undersøgelsesstuer og 10 sengepladser.
- 1200 indlæggelser/årligt. Cirka halvdelen færdigbehandles umiddelbart og anden halvdel viderevisiteres til stationære sengeafsnit.
- Anslået er ca. 40% af indlæggelserne er alkoholrelaterede (afrusning).

Hvad er psykiatrisk skadestue?

- Er en del af den overordnede akutte psykiatriske modtagelsesfunktion på Psykiatrisk Center Glostrup med 30 intensive sengepladser, 10 åbne pladser (skadestuen) og et akutteam.
- Der er en klinisk farmaceut, specialpsykolog og socialrådgiver tilknyttet psykiatrisk skadestue, og der er uddannet et antal specialiserede akutsygeplejersker.
- Gennemsnitlig liggetid ca 1½ døgn, genindlæggelsesprocent 19% (inden for 30 dage).

Formålet med en afrusning?

- Forebygge udvikling af komplicerede abstinenssymptomer og delir – og undgå kindlingfænomener.
- Hjælpe patienten til at blive ædru og komme i relevant efterbehandling for alkoholafhængighed.
- Vurdere patienten i forhold til øvrige psykiske, somatiske og sociale problemstillinger.
- Gøre barrieren til at blive ædru så lav som muligt.
- Kan foregå enten ambulant eller under indlæggelse.
- Følger gældende regionale instruks – men obs. for store inter- og intraregionale forskelle!

Hvem kan/skal afruses under indlæggelse?

- Kraftige abstinenssymptomer/truende delir/delir
- Tidligere kramper og/eller delir.
- Betydende psykisk eller somatisk komorbiditet.
- Bevidsthedspåvirkning
- Promille over 3-4
- Manglende netværk, suicidale, ambulans afrusning har ikke kunnet fungere.
- Anslået større behov for Risolid/Klopoxid på over 400 mg/første døgn.

Hvordan foregår behandlingen?

- Patienter med hovedtraumer, svært somatisk dårlige bør visiteres til somatikken/ITA.
- Tilstræber at afrusere ses af læge inden for én time alternativt at akutsygeplejersker indlægger og indleder behandling på "kendte" patienter.
- Anamneseoptagelse, somatisk undersøgelse, information og samtykke.
- Akutte blodprøver og EKG ved behov ellers dagen efter. Der kan laves kvik-CRP+Hgb på minutter med bedside apparat (QuikRead Go).

Hvordan foregår behandlingen?

- Anlæggelse af IV-adgang og efterfølgende engangsdosis tiamin og b-combin til alle. Ved behov fortsættes iv-behandling ellers skiftes til peroral behandling.
- Abstinensscoring efter skema – der gives vanligvis tabl. Risolid/Klopoxid 100-200 mg pn.
- Kumulerede doser typisk mellem 400-1600 mg over 1-2 døgn.
- Vanlige medicin fortsætter almindeligvis, men efter konkrete skøn.
- Særlig opmærksomhed ved fast behandling med benzoer, metadon og sløvende antipsykotika. Evt. fast vagt.
- Rygere tilbydes nikotinplastre.

Hvad gør vi efter afrusningen?

- Tilbud om at starte Antabus i modtagelsen med mulighed for udlevering over dage.
- Også mulighed for at opstarte acamprosat eller naltrexone.
- Udlevering af tabl. Risolid/Klopoxid mod "restabstinenssymptomer" typisk 6 tabletter á 25 mg, der kan tages hjemme de efterfølgende døgn (3+2+1).
- Etablering af kontakt til de ambulante behandlingstilbud f.eks. kommunale tilbud, Novavi, KABS m.fl. – generelt tæt samarbejde med disse.
- Mulighed for at akutteamet følger patienten tæt i dagene efter udskrivelsen.

Hvordan håndteres vanskelige cases?

- Alle patienter med komplicerede afrusningsforløb gennemgås af afsnittets overlæger mhp. intensiveret indsats.
- Der laves typisk særskilte handlingsplaner for disse som er lettilgængelige i vagten for de vagthavende.
- Komplicerede afrusningsforløb definerer vi som:
 - udviklet kramper/delir under afrusningen.
 - overflyttet til somatikken.
 - Behov for store mængder Risolid/Klopoxid.
 - Længerevarende indlæggelse >3 dage.
 - Problemer med aggression undervejs.

Hvordan håndteres vanskelige cases?

- I tilfældet ved udviklet kramper/delir eller behov for store mængder Risolid/Klopoxid under indlæggelse lægges typisk plan om fremadrettede behandling med tabl. Fenemal 200-400 mg pn. (inspireret af praksis på det daværende Psykiatrisk Center Gentofte)
- I tilfældet med somatiske problemer lægges typisk plan om akutte blodprøver ved alle fremtidige henvendelser og f.eks. plan om at inddrage somatikken/ITA fra start af.
- I tilfælde med aggression, afbrudte behandlinger og usikker behandlingsmotivation laves særskilt holdningsplan for modtagelse af patienterne f.eks. kun på lukket afsnit eller kun indlæggelse ved promille $< 1,0$ etc. i de konkrete tilfælde.

Hvad er vores udfordringer og fremtidsperspektiver?

- Ønske om øget brug af ambulante afslutninger.
- Ønske om så tilfælde af alkoholisk delir som overhovedet muligt.
- Øget inddragelse af akutsygeplejersker ved behandlingsopstart, indhentning af oplysninger og iværksættelse af prøvetagning.
- Overholde regionale krav om genindlæggelser, ventetider etc.
- Bedre indsamling af data, involvering i relevante forskningsprojekter.
- Problemer med at implementere ny IT (Sundhedsplatformen) – udfordringer med at trække data og bruge de data som allerede ligger.
- Fortsat sikre god overgang til ambulante behandlingstilbud og gensidigt understøtte hinandens arbejde.
- Fortsat være og forbedre at være et attraktivt miljø at arbejde i for alle inkl. uddannelsessøgende.

SLUT