

OPPGAVE

Emnekode: SYK 2005 Sykepleie til barn og unge i et forebyggende og helsefremmede perspektiv

Kandidatnummer: 21, 31, 110, 214, 287 og 378

Forebygging av gjentatte forgiftninger med Paracetamol hos ungdom <18år

Dato: 08.01.2024 – 23.01.2024

Totalt antall sider: 27

Antall ord: 2998

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Innholdsfortegnelse | i |
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Pasientgruppen | 1 |
| 1.2 Paracetamol som metode for villet egenskade | 1 |
| 2.0 Hoveddel | 3 |
| 2.1 Innovasjon – Opprettelse av et behandlingsteam for intox-pasienter < 18 år..... | 3 |
| 2.2 Kompetanseløft | 4 |
| 2.3 Prosedyre..... | 5 |
| 2.4 Kartleggingsverktøy | 5 |
| 2.5 Å utvikle en arbeidsallianse gjennom den intensjonale samtalen | 6 |
| 2.6 Motiverende intervju | 6 |
| 2.7 Psykoedukasjon..... | 7 |
| 2.8 Mal for sikkerhetsplan..... | 7 |
| 3.0 Avslutning | 8 |
| 4.0 Litteraturliste | 9 |
| Vedlegg 1: Egenprodusert prosedyre for forebygging av gjentakende intox hos barn | 12 |
| Vedlegg 2: Allerede eksisterende prosedyre for Triage i pasientmottak av barn ved Sykehuset Levanger..... | 17 |
| Vedlegg 3: Allerede eksisterende prosedyre for BUP, tiltak ved akutt intoksikerte barn og unge ved Sykehuset Levanger..... | 23 |
| Vedlegg 4: Egenprodusert kartleggingsskjema for intox-pasienter <18 år..... | 24 |
| Vedlegg 5: Link til egenprodusert video til bruk i psykoedukasjon av ungdom innlagt etter Paracetamol-forgiftning | 26 |
| Vedlegg 6: Egenprodusert mal for sikkerhetsplan | 27 |

1.0 Innledning

1.1 Pasientgruppen

I forbindelse med feltbesøket på barne- og ungdomsposten ved Sykehuset Levanger, kom gruppen frem til at en stor andel av den aktuelle pasientgruppen som legges inn med intox, er såkalte «gjengangere». Noen av disse kommer ukentlig med intox, og kan prosedyren for sin forgiftning utenat. Flere rapporterer at de trives bedre på avdelingen enn de gjør hjemme eller på institusjonen de bor på, og det er ikke sjeldent at ungdommene forteller om desperasjon etter å få hjelp, enten i form av innleggelse eller poliklinisk oppfølging. De siste tiårene har sengeplasser i psykisk helsevern blitt færre, i tillegg til at behandlingstiden er blitt betydelig redusert (Fjær & Kletthagen, 2021, s.453). Under feltbesøket tyder alt på at dette også gjelder i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Realiteten av dagens ordning er at barna som oftest sendes hjem til den samme livssituasjonen de forsøker å rømme fra innen 48 timer etter suicidforsøket. Samtalen med BUP før utskrivelse fører sjeldent til innleggelse i deres sengepost, og mange må vente lenge på neste polikliniske samtale. Da barne- og ungdomsposten uttrykket at behovet for tiltak når det gjaldt forebygging var stort, gikk gruppens tanker og engasjement spesielt til disse pasientene, noe som ledet frem til følgende problemstilling: Hvordan kan det forebygges at sårbare ungdommer havner i en ond sirkel av gjentatte suicidforsøk?

Det er vanskelig å si om suicidforsøkene med Paracetamolforgiftning er reelle, eller om de utføres i affekt når en fortvilet livssituasjon topper seg, som en form for villet selvskade eller rop om hjelp og oppmerksomhet. Noen gjennomfører et suicidforsøk uten et ønske om å dø (Walby & Myhre, s.191). Alle har ulike måter å mestre vanskelige situasjoner som truer ens fysiske eller psykiske helsetilstand og utfordrer mestringssevnen på (Eide & Eide, 2017, s.47). Vonde følelser kan være vanskelig å tolerere, og få en til å ty til usunne mekanismer i psykisk selvforsvar (Helgesen, 2021, s.77-79). Å utsette seg selv for fare i form av en intox, kan bli uttrykk for en slik mekanisme for noen. Særlig personer med lav selvvinnsikt, som en gjerne har i puberteten, preges av slike primitive strategier (Helgesen, 2021, s.83). Individet er i fysiologisk, kognitiv, følelsesmessig og sosial utvikling frem til 20-årsalderen (Helgesen, 2021, s.190). Denne perioden er sårbar, og de sosiale omgivelsene spiller en viktig rolle for ungdommens psykologiske fungering (Hammer et al., 2021, s.308-309).

1.2 Paracetamol som metode for villet egenskade

Paracetamol oppfattes som det legemiddelet «gjengangerne» oftest velger som metode.

Studien om trendene rundt paracetamoloverdoser blant barn, viser at andelen overdoser med

Paracetamol økte med 9% fra 2007-2018 blant aldersgruppen 10-24år. Forskerne ser en økende trend på verdensbasis (Daly et al, 2020). I Norge har antall henvendelser til Giftinformasjonen angående Paracetamoloverdoser økt med omtrent 169% de siste 15 årene. Hos ungdom mellom 10-19 år gjelder det i hovedsak selvpåført overdose (Spillum & von Krogh, 2023). Overdoser av Paracetamol kan medføre alvorlige og mulig livstruende konsekvenser, hovedsakelig i leveren, hvor medikamentet primært metaboliseres. Leverskaden forgiftningen følger med seg kan utvikle seg gradvis og i alvorlige tilfeller føre til akutt leversvikt, bevissthetstap og død (Slørdal, 2021, s.328). Halveringstiden for Paracetamol varierer lite med alderen (Grønseth & Markestad, 2022, s.166). I studien om overdoser og leverskade blant barn kom det frem at 1 av 49 med akutt Paracetamol-forgiftning endte med leverskade, mens 7 av 8 med kronisk Paracetamol-forgiftning utviklet leverskade. Den største risikofaktoren for leverskade er dersom behandlingsregimet ikke settes i gang før det har gått 8 timer fra overdosetidspunktet. Studien konkluderer med viktigheten av god informasjon til barn og pårørende rundt tidlig varsling og konsekvensene av gjentatte Paracetamol-forgiftninger, for å redusere risikoen for leverskade betraktelig (Tong et al, 2016).

Paracetamol kan kjøpes på apoteket uten aldersgrense; tilgang på en metode for selvmord, er en avgjørende faktor for at et forsøk faktisk gjennomføres. Tenårene kan dessuten være preget av impulsivitet, noe som også er en påvirkende faktor i å gjennomføre et suicidforsøk (Hammer et al., 2021, s.306). Et selvmordsforsøk defineres som en ikke-vanemessig handling med en ikke-dødelig utgang, igangsatt og utført av individet selv. Dette kan eksempelvis foregå ved at vedkommende inntar en overdose av medikamenter (Hammer et al., 2021, s.308). Selvmordsforsøk kan ha samme årsak og like risikofaktorer som selvskading, hvilket gjør at begge kategoriseres som villet egenskade (Walby & Myhre, 2021, s.187). Ved suicidforsøk foreligger en viss intensjon om å dø, mens selvskadende atferd ikke assosieres med et dødsønske (Walby & Myhre, 2021, s.188). Selvskading kan være skader noen påfører seg selv direkte, men også spiseforstyrrelser, rus og forgiftninger. Alvorlighetsgraden av selvskadingen kan øke over tid, for at personen skal få lindret eget lidelsesuttrykk. Dette kan medføre økt risiko for død, også hos personer som selvskader uten intensjon om å dø (Tofthagen & Gonzales, 2021. s.323). Derfor bør gjentatte Paracetamol-forgiftninger tas på alvor.

2.0 Hoveddel

2.1 Innovasjon – Opprettelse av et behandlingsteam for intox-pasienter < 18 år

Ved barne- og ungdomsposten ved Sykehuset Levanger finnes det, i tillegg til sykepleiere og barnepleiere, flere spesialsykepleiere innenfor eksempelvis diabetes, kreft og eliminasjon (Moldestad, 2020, s.40-41). Et eget team er dessuten opprettet for barn som krever ekstra oppfølging i hjemmet i forbindelse med fortrinnsvis en kreftdiagnose. Kunnskap om hvordan avdelingen driftes finnes i gruppen, da flere har erfaring fra den aktuelle avdelingen.

Avdelingen følger ikke kun opp det medisinske aspektet rundt for eksempel diabetespasientene og kreftpasientene. Et barn med nyoppdaget diabetes, får innleggelse over flere uker, hvor målet ikke kun er å stabilisere blodsukkeret, men også å gi opplæring til barnet og deres pårørende, og samtale om det psykososiale aspektet ved en slik livsendrende diagnose. Sykepleierne som inngår i «hjemmesykehus»-teamet, haster ikke inn og ut av pasientenes hjem med begrunnelse om at deres jobb kun går på det medisinske aspektet. De leker med barna og snakker med dem om hverdagen og ting som engasjerer, alt for å bygge tillit, allianse og relasjoner. Gruppen ser ingen grunn til at ikke noe av dette kan implementeres i behandlingen av intox-pasienter. Intox-pasienter har, i likhet med andre barn, både fysiologiske og psykologiske behov (Helgesen, 2021, s.225).

Avdelingen opplyser at de i dag ikke har egen prosedyre for ivaretagelse av intox-pasienter. Pasientene får den medisinske hjelpen de trenger, og rutinemessig samarbeid med BUP har som intensjon å fange opp ungdommer med behov for videre oppfølging i psykiatrien. Gruppen ser et behov for mer kompetanse innenfor psykiatri og rus på avdelingen, slik at pasientene møtes der de er etter et suicidforsøk. Dette vil bidra til å forebygge at det skjer igjen (Hammer et al., 2021, s.308). Gruppens visjon for dette arbeidet er at alle ungdommene som blir innlagt etter et intox, skal få hjelp, enten gjennom BUP, eller i form av verktøy de tar med seg fra innleggelsen.

Gruppens innovasjon er et nytt behandlingsteam for intox-kasuser på barne- og ungdomsposten ved Sykehuset Levanger, med fokus på en helhetlig sykepleieprosess, hvor både innenfra- og utenifra-perspektivet ivaretas (Hammer et al., 2021, s.304); herunder verdibasert mestringsarbeid, motiverende veiledning og selvbestemmelsesteori (Eide & Eide, 2017, s.55-62), psykoedukasjon (Fjær & Kletthagen, 2021, s.457), samt relasjonsarbeid og samtalen som metode (Gonzalez, 2021, s.57-66 & s.342-349). Innovasjonen vil gi hele barne- og ungdomsposten et kompetanseløft, gjennom relevant kursing og innføring av ny prosedyre, nytt kartleggings skjema og mal for sikkerhetsplan. I tillegg vil engasjerte sykepleiere tilbys

videreutdanning innenfor rus og psykiatri, og nye stillinger vil lyses ut, i håp om at erfarne spesialsykepleiere får satt i gang prosjektet forttest mulig.

2.2 Kompetanseløft

Personer i krise, eller som lider av problemer etter krise, har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide & Eide, 2017, s.68-83). Dermed konkluderer gruppen med at det ikke vil være tilstrekkelig helsehjelp å gi medisinsk behandling i form av antidot etter et intox, og overvåke ungdommens vitale parameter frem til de er stabile. Helsepersonellet er nødt til å også ta på alvor den delen av profesjonsrollen som ikke alltid kan måles og dokumenteres (Gonzalez, 2021, s.63). For å utvikle sin evne til å forstå den andre, skape gode relasjoner og dermed gi bedre hjelp og støtte, ta gode beslutninger sammen, styrke følelsen av trygghet og stimulere til utvikling og motivasjon hos pasienten, kreves det øving (Eide & Eide, s.39-44). Derfor er kursing og videreutdanning av ansatte en viktig del av innovasjonen.

Gruppen har kommet frem til at kunnskap om kriser, relasjons-kompetanse, resiliens og psykisk smerte er essensielt for å kunne ivareta den aktuelle pasientgruppen. En krise er en tilstand av akutt følelsesmessig forstyrrelse, der individet for en tid er ute av stand til å mestre situasjonen med sine vanlige problemløsningstiltak (Helgesen, 2021, s.224). Intox-teamets oppgave blir å bistå pasienten i å finne tilbake til mestring og tiltak for problemløsning. Individets indre ressurser skal stå i fokus fra start, samt å kartlegge mestringsstrategier, bidra til mestringserfaringer og dermed styrke mestringstro (Gonzalez & Marriott, 2021, s.74). «Om helsepersonell hele tiden retter oppmerksomheten mot pasientens problemer, kan vi forsterke en opplevelse av at pasienten både føler seg som et problem, og kun har problemer» (Gonzalez, 2021, s.343). Relasjons-kompetanse er en spesielt viktig del av den kliniske kompetansen i et yrke som krever samspill med andre mennesker (Gonzalez, 2021, s.64), og er betydningsfullt når man skal bistå personer i krise (Eide & Eide, 2017, s.75). Å utvikle relasjons-kompetanse handler om å arbeide med seg selv for å tilstrebe gode rasjonelle ferdigheter, personlig kompetanse, terapeutiske holdninger og sosial fremferd (Gonzalez, 2021, s.64-66). Å identifisere og forstå resiliensprosesser og beskyttelsesfaktorer blant barn som viser god tilpasning på tross av at de utsettes for risiko, er svært viktig for innsikten i hvilke tiltak som er nyttige eller hjelpsomme (Borge, 2018, s.73). Uavhengig av hvilke risikofaktorer barna utsettes for gjennom livet, ender de ofte opp innlagt med intox fordi deres psykiske smerte og lidelsestrykk er så påtrengende at de søker hjelp på denne måten. Samtaler om håpløshet og håp blir dermed viktig i den akutte fasen etter et suicidforsøk eller villet

egenskade. «Det er lettere å tenke at det finnes håp, når man har erfart å bli møtt i det håpløse» (Gonzalez, 2021, s.345). Gjennom å holde fast i håpet for pasienten og bistå vedkommende i å utforske hva som kan aktivere håpet igjen, kan sykepleieren hjelpe pasienten å finne igjen retning og kraft, slik at fremtidsperspektivet oppleves mer positivt og lidelsestrykket mindre (Gonzalez, 2021, s.345).

2.3 Prosedyre

Den nye prosedyren (Vedlegg 1) er bygd opp på samme måte som andre prosedyrer i EQS-systemet ved Sykehuset Levanger, med hensikt om at den kan tas i bruk på avdelingen. Den refererer til allerede eksisterende prosedyrer med EQS-nr: 22628 (Vedlegg 2) og 24943 (Vedlegg 3). Målet er å implementere en mer helhetlig sykepleieprosess også i pasientkasuser med psykiatrisk fokus. Sykepleieprosessen omfatter datasamling, planlegging av tiltak, implementering og evaluering av disse, samt dokumentasjon, i psykiatrien som i somatikken. Det som er annerledes, er at det krever at sykepleieren kan koble sammen objektive kliniske observasjoner, pasientens subjektive formidling og informasjon om den aktuelle situasjonen. Dette krever kunnskap, erfaring, forståelse, intuisjon, kognitive vurderingsprosesser, refleksjon og støtte i et tverrfaglig team (Gonzalez & Marriott, 2021, s.68-69). Prosedyren inneholder flere punkter som har fokus på pasient- og familiesentrert tilnærming, dette fordi «brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organiseringen av det psykiske helsevesenet» (Bank et al., 2021, s.448). Brukermedvirkning er dessuten lovfestet i helseforetaksloven, pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Brukermedvirkning skjer når pasienten aktivt deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak knyttet opp mot deres egen behandling (Bank et al., 2021, s.448-450).

2.4 Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøyet (Vedlegg 4) er utformet etter nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging (Gonzalez & Marriott, 2021, s.75-76), og støtter også opp under målet om en mer helhetlig sykepleieprosess. Gruppens hensikt med å skape et nytt kartleggingsverktøy, er å personsentrere sykepleieprosessen. Ved bruk av systematiske kartleggingsverktøy tilegner sykepleieren seg mer informasjon om pasienten og pasientens situasjon (Eide & Eide, s.209). Bruk av skalaspørsmål i kartleggingen kan være nyttig for å konkretisere utgangspunkt for endring (Eide & Eide, s.267). Studien om trendene rundt paracetamoloverdoser blant barn konkluderte med at det er nødvendig med kartleggingsverktøy og tiltak for å fange opp de som har intensjon om å ta overdose på Paracetamol (Daly et al, 2020). I studien som undersøker bruken av kartleggingsverktøy fra et

pasientperspektiv, forteller mange at kartleggingsverktøyet fanget opp informasjon de ellers ikke hadde delt. Blant 156 pasienter i alderen 10-21 år var det 149 pasienter som støttet ideen om kartlegging av selvmordsrisiko. En pasient fortalte at kartleggingsverktøyet fikk dem til å føle at noen brydde seg. En annen fortalte at selv om de er barn kan de også ha selvmordstanker (Ballard et al., 2012). I den andre studien om kartleggingsverktøy, forteller sykepleiere blant annet at kartleggingsverktøyet gjorde det lettere å stille spørsmål om selvmord. Flere sykepleiere uttrykte også at et kartleggingsverktøy var enkelt å bruke (Inman et al., 2019).

2.5 Å utvikle en arbeidsallianse gjennom den intensjonale samtalen

Samtalen som metode har alltid hatt en sentral plass i sykepleie til mennesker med psykiske lidelser. I en akutt situasjon, som etter et intoxic hos et barn, vil samtalen gjerne i hovedsak omhandle den aktuelle situasjonen. I tillegg til legen og spesialist fra BUP, har avdelingens sykepleiere gjerne samtaler med disse pasientene flere ganger om dagen; oftest spontane samtaler uten en terapeutisk hensikt (Gonzalez, 2021, s.342). I det nye teamet vil den intensjonale samtalen vektlegges, hvor det settes av tid til å bli kjent og etablere tillitt og kontakt (Gonzalez, 2021, s.342-343), slik at barnet og familien føler seg trygge på helsepersonellet, får tilstrekkelig informasjon, opplever å bli sett og hørt og får oppfylt sine behov og forventninger (Grønseth & Markestad, 2022, s.76). Tillit er avgjørende i en pasient-pleier-relasjon, og handler om at pasienten våger å stole på at hen vil få god hjelp av pleieren. Tillit er noe sykepleieren må gjøre seg fortjent til, ved å fremstå pålitelig, sannferdig, tilstedeværende og med et genuint ønske om å hjelpe (Gonzalez, 2021, s.59). Det er viktig å utvikle et tillitsforhold også til barn og unge. Mange unge er i utgangspunktet skeptiske til fremmede mennesker, noe som krever at sykepleieren anstrenger seg for å oppnå tillit hos pasient og pårørende (Grønseth & Markestad, 2022, s.76). Greier pasient og pleier å bygge tillitt, vil det være grunnlag for en god allianse – en overenskomst om arbeidet de skal gjøre sammen for at pasienten skal få det bedre. En slik arbeidsallianse vil utvide mulighetsrommet for pasienten til å utnytte sitt potensial for endring og personlig vekst (Gonzalez, 2021, s.60).

2.6 Motiverende intervju

For at pasienter med behov for endring skal kunne utvikle mestringstro, er det viktig å snakke om motivasjon. Et sunnere liv med mening krever mer enn bare gode ønsker. Personen må ta i et tak selv og være i stand til å oppnå mål gjennom praktisk handling. Uten at personen selv er motivert for endring, greier den heller ikke å endre seg (Helgesen, 2021, s.84). Indre motivasjon baseres på selvbestemmelse og valgfrihet, og utvikles ved hjelp av kompetanse,

opplevelse av sosial tilhørighet og støtte fra miljøet rundt (Helgesen, 2021, s.94-95). Ytre motivasjon, hvor handlingen er motivert av overtalelse, belønning eller annen ytre påvirkning (Helgesen, 2021, s.95) bør unngås (Ivarsson, 2011, s.13). Å gjennomføre motiverende intervju, blir en konkret metode for å utforske pasientens ønsker, ressurser, muligheter og drivkraft, men også ambivalens, motstand og motkrefter (Gonzalez, 2021, s.348). Metoden brukes til å bistå personer i alle slags typer atferdsendring, gjennom å oppmuntre vedkommende til å løse problemer i eget liv (Ivarsson, 2011, s.5-8). Hos pasientene innovasjonen tar utgangspunkt i, vil tidligere nederlag mest sannsynlig komme opp som tema under en slik samtale. Det er viktig å snakke om disse uten å la dem overskygge vedkommendes faktiske ressurser og muligheter for å lykkes (Gonzalez, 2021, s.348).

2.7 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er en behandlingsform med formål om å gi systematisk opplæring rundt symptomer og behandling (Fjær & Kletthagen, 2021, s.457), hvor undervisning benyttes som metode for å bedre pasientens lærings- og mestringsressurser (Gonzalez, 2021, s.368). I tillegg til undervisning om psykisk lidelse, behandling, symptomer og symptomestring, er å lære betydningen av god søvn, ernæring og fysisk aktivitet viktig for å kunne ivareta medisinsk egenomsorg (Gonzalez, 2021, s.368). Når det kommer til psykoedukasjon til pårørende, handler dette i tillegg om bistand til å utvikle kommunikasjons- og problemløsningsferdigheter (Fjær & Kletthagen, 2021, s.457). Gruppen har produsert en video (Vedlegg 5) som intox-teamet kan bruke i undervisning av den aktuelle pasientgruppen.

2.8 Mal for sikkerhetsplan

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), med *Helsedirektoratet* som arbeidsgiver, har inspirert gruppen til å utarbeide en mal for sikkerhetsplan (Vedlegg 6) til bruk på avdelingen. Sikkerhetsplanen fylles ut i en tidlig fase av behandlingen, som et samarbeid mellom pasient og pleier. En sikkerhetsplan er et selvhjelpsverktøy, som inneholder trinnvise og konkrete mestringsstrategier som pasienten kan bruke når selvmordstankene øker på og blir påtrengende. Metoden har ifølge nyere forskning bedre selvmordsforebyggende effekt enn generelle kriseplaner og ikke-selvmordskontrakter (Bekkevold-Jernberg, 2021). Tanken er at sikkerhetsplanen, i kombinasjon med å få en oppfølgingstime “i hånda” ved utskrivelse, vil forebygge nye forsøk hos pasienten i nærmeste fremtid. Å sikre pasienter oppfølging etter utskrivelse, bistå dem i å begrense tilgang på metoder og gi dem tilgang på ambulante tjenester har vist seg å være selvmordsforebyggende i høyrisikogrupper (Walby & Myhre, 2021, s.195).

3.0 Avslutning

Gruppen har innover et nytt behandlingsteam for intox-pasienter <18 år på barne- og ungdomsposten, samt implementert en ny prosedyre (Vedlegg 1) som blant annet inneholder bruk av et nytt kartleggingsverktøy (Vedlegg 4), en mal for sikkerhetsplan (Vedlegg 6) og en video til bruk i psykoedukasjon (Vedlegg 5). Gruppen ser det som sannsynlig, basert på kunnskap tilegnet fra pensumlitteratur og med støtte i relevante forskningsartikler, at disse tiltakene vil ha forebyggende effekt hos sårbare pasienter som står i fare for å utsette seg selv for gjentatte suicidforsøk med Paracetamolforgiftning.

Hovedpoenget med prosjektet, har vært å poengtere viktigheten av en helhetlig sykepleieprosess, også til intox-pasienter. Gruppen mener dette rettferdiggjøres av at Barne- og ungdomsposten ellers har et stort fokus på kompetanse og videreutdanning når det gjelder andre type kasuser med både medisinsk og psykososialt fokus, og har inntrykk av at innovasjonen fyller et behov som ikke ivaretas av verken Barne- og ungdomsposten eller BUP i dag.

4.0 Litteraturliste

Ballard, E. D., Bosk, A., Snyder, D., Pao, M., Bridge, J. A., Wharff, E. A., Teach, A. J. & Horowitz, L. (2012). Patients' opinions about screening in pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*. 28(1), 34-38.

<https://doi.org/10.1111/10.1097/PEC.0b013e31823f2315>

Bank, R.-M., Sælør, K. T. & Ness, O. (2021). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. I M. T. Gonzalez (Red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.447-452). Gyldendal.

Bekkevold-Jernberg, I. (2021, 4. februar). *Sikkerhetsplan – en metode som har selvmordsforebyggende effekt*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

<https://napha.no/content/24804/sikkerhetsplan---en-metode-som-har-selvmordsforebyggende-effekt>

Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens: Risiko og sunn utvikling* (utg. 3.). Gyldendal.

Daly, C., Griffin, E., McMahon, E., Corcoran, P., Webb, R. T., Ashcroft, D. M. & Arensman, E. (2020). Paracetamol-related intentional drug overdose among young people: a national registry study of characteristics, incidence and trends, 2007-2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2021(56), 773-781

<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01981-y>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (utg. 3.). Gyldendal.

Fjær, K. K. & Kletthagen, H. S. (2021). Samarbeid med pårørende. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.453-458). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2021). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 361-375). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2021). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57-67). Gyldendal.

- Gonzalez, M. T. (2021). Samtalen som metode. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 342-351). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2021). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.43-56). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. & Marriott, S. C. (2021). Kliniske vurderinger – sykepleieprosessens problemløsende del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 68-83). Gyldendal.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (utg. 3.). Fagbokforlaget.
- Hammer, J., Gonzales, M. T., Veland, M. (2021). Suicidal atferd- forståelse og terapeutisk tilnærming. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 304-321). Gyldendal.
- Helgesen, L. A. (2021). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (utg. 4.). Cappelen Damm.
- Inman, D. D., Matthews, J., Butcher, L., Swartz, C. & Meadows, A. L. (2019). Identifying the risk of suicide among adolescents admitted to a children's hospital using the ask suicide-screening questions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2019(32), 68-72.
<https://doi.org/10.1111/jcap.12235>
- Ivarsson, B. H. (2011). *MI motiverende intervju: Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Gothia Forlag.
- Moldestad, I. (2020, 15.mars). Barneavdelingen i Levanger – stor til å være så liten. *Tidsskrift for Norsk Barnelegeforening, PAIDOS* (s.40-42).
<https://paidos.no/utgaver/2020-01/>
- Slørdal, L. (2021). Legemidler ved smerter. Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (3.utg., s.326-335). Gyldendal.
- Spillum, B.J. & von Krogh, A. (2023, 10.mars). Paracetamolforgiftninger. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/kl/giftinformasjon/fakta-om-paracetamol/>

- Tofthagen, R (2021). Å skade seg selv. forståelse og tilnærming. I M. T. Gonzalez, (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 322-330). Gyldendal.
- Tong, H. Y., Medrano, N., Borobia, A. M., Ruiz, J. A., Martinez, A. M., Martín, J., Quintana, M., García, S., Carcas, A. J. & Ramírez, E. (2016). Hepatotoxicity induced by acute and chronic paracetamol overdose in children: Where do we stand?. *World Journal of Pediatrics*, 13(1), 76-83. <https://doi.org/10.1007/s12519-016-0046-6>
- Walby, F. A. & Myhre, M. Ø. (2021). Selvmord, villet egenskade og selvmordstanker. I M.T. Gonzalez, (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.187- 199). Gyldendal.

Vedlegg 1: Egenprodusert prosedyre for forebygging av gjentakende intox hos barn

Innledning og grunnlagsinformasjon

I 2022 døde over 600 mennesker som følger av suicid, ifølge FHI's rapport om dødsårsaker i Norge. Forgiftning ser man blir brukt mer enn halvpartene av gangene. Noen har intensjon med å dø med denne metoden, mens andre har som intensjon å skade seg selv. Risikoen for å ville gjennomføre selvskading igjen innen et år er på 16,3% og opptrer oftest kort tid etter forrige hendelse.

Hensikt og omfang

Prosedyren skal sikre at barn som legges inn på sykehus etter en intox får førstehjelp for deres psykiske smerte og lidelsestrykk i tillegg til medisinsk behandling mot forgiftningen.

Hensikten er å gjennom intensjonale samtaler, psykoedukasjon og styrking av mestringsstrategier forebygge lignende hendelser for pasienten i fremtiden.

Systemet skal fange opp hvilke pasienter som er i behov for innleggelse på BUP sengepost eller poliklinisk oppfølging der, og samtidig gi øvrige pasienter verktøy og kontakt med andre hjelpeinstanser som kan fremme psykisk tilfriskning.

Prosedyren gjelder for alle pasienter som kommer til akuttmottaket og barne- og ungdomsposten med intox, uansett hvilket medikament/rusmiddel som er inntatt og om forgiftningen har skjedd med intensjon om selvmord/selvskading eller ikke.

Omfanget gjelder alle sykepleiere og barnepleiere ved barne- og ungdomsposten.

Arbeidsbeskrivelse

I forbindelse med behandling av suicidal atferd, skal helsepersonell ivareta både utenfra- og innfra-perspektivet. Utenfra-perspektivet handler om å bevare pasientens liv med utgangspunkt i helsepersonellens observasjoner, kartlegginger og vurderinger. Innenfra-perspektivet er et mer terapeutisk perspektiv, hvor relasjonsarbeid og eksistensielle samtaler med fokus på hva pasienten føler og oppfatter er sentralt.

Arbeidets gang

Stabilisering av medisinsk tilstand.

- Triagering etter prosedyre med EQS-nr: 22628.
- Vurdere medisinsk behandling av forgiftning og eventuelt følge aktuell prosedyre for inntatt medikament/rusmiddel.
- Kontinuerlig overvåking av pasientens VP.

Kliniske vurderinger

- Fyll ut *Kartleggingsskjema for intox-pasienter <18 år*.
- Dokumenter i EPJ.

Utvikle arbeidsallianse

- Den intensjonale samtalen som metode: sett av tid til å etablere tillit og kontakt. Dette kan være ekstra anstrengende i arbeid med barn og unge, men er desto viktigere.
- Gi tilstrekkelig informasjon og sørg for at pasient og pårørende kjenner seg sett og hørt, slik at de føler seg trygge på at helsepersonellet har et genuint ønske om å hjelpe.
- Utvid mulighetsrommet for pasienten til å få utnyttet sitt potensiale for endring og personlig vekst, gjennom å bygge på den opparbeidede tilliten og komme til en overenskommelse om arbeidet som skal gjøres videre sammen.

Motiverende intervju

- Plasser pasienten på en skala fra “kjenner seg ikke klar for endring” til “føler seg helt klar for endring”, ved å bruke reflekterende lytting, gi informasjon i dialog, fremkalle endringssnakk og styrke mestringstillit. Ulikt fokus ut ifra plassering:
 - o Ikke klar for endring: Utvikling av diskrepans.
 - o Usikker: Løse ambivalens.
 - o Helt klar for endring: Utforming av handlingsplan med praktiske metoder for endring.

Psykoedukasjon

- Undervis pasienten om aktuelle psykiske lidelser, symptomer, behandlingsformer, symptommeistring og forebygging.
 - o Vis aktuell informasjonsvideo ut ifra type intox.
 - o Bedre pasientens medisinske egenomsorg ved hjelp av å gi undervisning om betydningen av søvnrutiner, ernæring, balanse mellom aktivitet og hvile og livsstil ellers.

Tilby psykososial støtte til pårørende

- Psykoedukasjon: Så vel som pasienten, har pårørende bruk for informasjon og undervisning om lidelsen, behandlingen og varslingssymptomer hos sitt barn. Slik generell informasjon er ikke taushetsbelagt når diagnosen er kjent for pårørende.
- Støttesamtale: Å involvere pårørende har positiv betydning for både prognosen til pasienten og livskvaliteten hos pårørende. En god støttesamtale bygger på en tanke om at helsepersonellens ekspertkunnskap og pårørendes erfaringskunnskap er jevnbyrdig. Sykepleieren skal møte pårørende med likeverdighet, respekt og annerkjennelse.

BUP-tilsyn

- Se egen prosedyre med EQS-nr: 24943.

Sikkerhetsplan

- Utarbeid en sikkerhetsplan i samarbeid med pasient og pårørende som inneholder informasjon om hvordan pasienten etter utskrivelse kan
 - o Gjenkjenne faresignaler
 - o Benytte indre mestringsstrategier
 - o Benytte ytre mestringsstrategier
 - o Kontakte hjelpere
 - o Begrense metoder for suicidforsøk og villet selvskade

Poliklinisk oppfølging

- Ingen intox-pasienter skrives ut uten å få med seg innkalling til en oppfølgingstime for nytt motiverende intervju og revidering av sikkerhetsplanen.
 - o Oppfølgingen avsluttes etter timen, eller barnet/ungdommen henvises videre etter oppfølgingstimen.

Ansvar

Sykepleier eller barnepleier som har ansvaret for barnet er ansvarlig for observasjon og dokumentasjon samt å rapportere til ansvarlig lege. Sykepleier/barnepleier og lege samarbeider om å stabilisere den medisinske tilstanden og gjøre kliniske vurderinger av pasienten. Det er fortrinnsvis sykepleiere i intox-teamet som skal utføre motiverende intervju, tilby pasient og pårørende psykoedukasjon og psykososial støtte, bistå med å utarbeide sikkerhetsplan og gjennomføre oppfølgingssamtalen etter utskrivelse.

Definisjoner

VP: Vitale Parametere

EPJ: Elektronisk pasientjournal

Motiverende intervju: En personsentrert men målrettet samtale, hvor sykepleieren lytter oppmerksomt og styrer samtalen ved å stille spørsmål som utforsker pasientens tanker om egen situasjon og tro på endring.

Diskrepans: Uoverensstemmelse mellom hvordan man har det og hvordan man ønsker å ha det

Ambivalens: Motstridende tanker og følelser, dobbeltholdning til atferden

Jevnbyrdig: Av lik betydning

Referanser

Fjær, K. K. & Kletthagen, H. S. (2021). Samarbeid med pårørende. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.453-456). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2021). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 361-375). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2021). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57-66). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2021). Samtalen som metode. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 342-351). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. & Marriott, S. C. (2021). Kliniske vurderinger – sykepleieprosessens problemløsende del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 68-80). Gyldendal.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (utg. 3.). Fagbokforlaget.

Hammer, J., Gonzales, M. T., Veland, M. (2021). Suicidal atferd- forståelse og terapeutisk tilnærming. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 304-321). Gyldendal.

Ivarsson, B. H. (2011). *MI motiverende intervju: Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Gothia Forlag.

Strøm, M. S., Sveen, K. A., Raknes, G., Slungård, G. F. & Fagerås, S. J. (2023). Kap. 6.8.3. Selvmord (s.47-48). *Dødsårsakregiskteret: Dødsårsaker i Norge 2022*.

Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/contentassets/63e48530e2094601b0e4dab313001f60/dodsarsaker-i-norge-rev-2.pdf>

Walby, F. A. & Myhre, M. Ø. (2021). Selvmord, villet egenskade og selvmordstanker. I M.T. Gonzalez, (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.187-199). Gyldendal.

Vedlegg 2: Allerede eksisterende prosedyre for Triage i pasientmottak av barn ved Sykehuset Levanger

12.01.2024 08:56

Dokument i Triage i pasientmottak av barn, ID: 22628 - EQS

Triage i pasientmottak av barn

Dokument i utarbeidet av: Børre Spjærnes

Gjeldig fra: 22.03.2022

Revisjon: 1.1

Godkjent av: Annelise Tjork

Revisjonsfrist: 21.03.2026

ID: 22628

Innledning og grunnlagsinformasjon

Det henvises årlig ca. 2600 barn til Sykehuset Levanger med akutt sykdom og skader.

Barn som henvises med kirurgiske og ortopediske problemstillinger, samt noen ustabile pediatriske barn, tas imot i Akutmottaket. Barnelege vurderer pr. dato hvilke pediatriske pasienter som skal stoppes i Akutmottaket. Se prosedyre SL barneteamb EQS nr. 24896

Pediatriske barn, herav pediatrisk ø-hjelp poliklinikk, tas imot direkte i Barne- og ungdomsposten.

Den første vurderingen som gjøres av barnet er viktig, det skal da vurderes hvor raskt lege må tilkalles.

For å kvalitetssikre denne vurderingen har Sykehuset Levanger fra høsten 2015 valgt å innføre den norske versjonen av triageringssystemet **retts-pediatri (retts-p)**.

Hva er triage?

Triage i Retts-p bygger dels på fysiologiske objektive vitalparametre (VP), dels på algoritmer for ulike kontaktårsaker, kalt Emergency Symptoms and Signs (ESS).

ESS baserer seg på de vanligste akutte tilstander hos barn. Utfallet av VP og ESS bestemmer hvilket prioriteringsnivå pasienten skal få.

Retts-p har fem prioriteringsnivå (rød, oransje, gul, grønn og blå), hvor prioriteringsnivå rød og oransje haster, gul og grønn kan vente. Blå er et prioriteringsnivå for pasienter som ikke behøver full triage som for eksempel polikliniske kontroller.

Triagesystemet gir grunnlag for risikoidentifisering, prioritering og sortering av kirurgiske, ortopediske og pediatriske pasienter, samt beslutningsstøtte i den videre prosessen.

Hensikt og omfang

Prosedyren skal sikre optimal primær vurdering av pasienter som kommer til Akutmottaket og Barne- og ungdomsposten.

Hensikten er at pasienter som på grunn av medisinsk tilstand ikke kan vente, eller ikke bør vente, blir vurdert av lege til riktig tid.

Samtidig skal systemet ta høyde for å identifisere pasienter som kan vente, uten risiko for forverring av sin tilstand.

Prosedyren gjelder for alle øyeblikkelig hjelp pasienter som kommer til Akutmottaket og Barne- og ungdomsposten, uavhengig av om de kommer fra fastlege, legevakt eller er meldt gjennom AMK.

Barn som har åpen retur til sykehuset skal også triageres når de kommer inn på ny.

Arbeidsbeskrivelse

Pasientene triageres i utgangspunktet av triagesykepleier/mottakssykepleier.

I Barne- og ungdomsposten vil en sykepleier være triage-/mottaksansvarlig på dagtid i ukedagene. På kveld/natt/helger må ansvarlig sykepleier på vakta fordele ansvar for mottak/triagering.

Dersom ansvarlig triage-/mottakssykepleier er opptatt når en ny pasient ankommer skal ansvarlig sykepleier på vakta fordele ressurser slik at ny pasient blir triagert, og får tildelt pasientansvarlig sykepleier/barnepleier etter triage.

Alle som er prehospitalt triagert til rødt eller oransje, eller som oppleves som syke ved ankomst, skal triageres av sykepleier i avdelingen. Ved prehospital triage til gul eller grønn kan pasienten triageres av bamepleier i avdelingen.

Kun personell med adekvat opplæring (se siste pkt. «undervisning») kan utføre triage.

| | |
|---|--|
| <p>Utføres av AMK-operatør</p> | <p>Arbeidsoppgave Informere ansatte ved Akuttmottaket/Barneavdelingen om pasienter som forventes å komme i ambulanse, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalia - Aktuell problemstilling - Prioriteringsnivå fra ambulanse med aktuell ESS og VP - Forventet tidspunkt for ankomst |
| <p>Alle sykepleiere</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Alle barn som kommer til sykehuset for øyeblikkelig hjelp, herunder ø-hjelp poliklinikk, skal triageres. (Dette gjelder ikke pasienter som umiddelbart tas imot av lege ved ankomst avdelingen.) • Eksempel på pasienter som ikke trenger triagering (blått prioriteringsnivå) er planlagt poliklinikk og planlagte innleggelser der det f. eks skal utføres søvn EEG og ph-målinger. • Prehospital triage skal dokumenteres på F2 Observasjonsskjema. • Pasienter skal triageres på mottaksrom (undersøkelsesrom) triagerom, akuttrom på nyfødtdisinsisk seksjon, eventuelt pasientrom. • Alle pasienter som meldes via ø-hjelp poliklinikk eller legevakt/fastlege og som kommer gående til avdelingen, kan i utgangspunktet triageres på triagerommet. • Barn vi opplever som syke skal triageres i mottaksrom eller pasientrom hvor vi har tilgang til O2 og sug. • Pasienter triagert til oransje eller rød prioriteringsnivå bringes inn på mottaksrom. • Dersom en pasient kan vente, henholdsvis gul og grønn prioriteringsnivå, kan pasienten tilbake til venterom etter prosessstiltak er utført, i påvente av legeundersøkelse. Obs eventuell smitte. • Ved mistanke om smitte bør pasienten triageres på pasientrom (evt. poliklinikkrom). |

Sykepleier som triagerer

- F2 Observasjonsskjema brukes som dokumentasjonsdokumenter.
- Kartlegg MRSA risiko, samt annen smitterisiko som dråpe-, -luft og/eller kontaktsmitte. Iverksett smittevernstiltak ved smitte.

Dokumentasjon

F2 OBSERVASJONSARKET

- Dokumenter ankomsttidspunkt, ansvarlig sykepleier/triagesykepleier og klokkeslett ved start triagering.
- Dokumenter hvor pasienten kommer fra og evt. prehospital triagering.
- Dokumenter VP; ABCDE og før inn ESS kode og kryss av for hastegradsfarge.
- Utfallet av VP og ESS gir endelig prioriteringsnivå som dokumenteres ved avkrysning i feltet for Triage-gradering. Her angis også hva som ga utslaget, VP, ESS eller magefølelsen.
- Prioriteringsnivå ved retriage dokumenteres på observasjonsskjema i feltet for Retriage.
- Innkommotat i EPJ skrives av sykepleier eller barnepleier som følger opp/får tildelt pasienten etter triagering.
- F2 Observasjonsskjema skal scannes inn i pasientens journal.

Praktisk utførelse

- Ta målinger av vitale parametere (VP) etter ABCDE prinsippet hos pasienten og dokumenter disse. Angi prioriteringsnivå etter aldersreferanse.
- Velg ESS ut ifra pasientens akutte tegn og symptomer. Ta opp anamnese ved hjelp av aktuell ESS og dokumenter prioriteringsnivå ut ifra de tegn og symptomer pasienten har.
- Ta hensyn til en eventuell magefølelse for pasientens tilstand. Sykepleier kan alltid triagere opp på bakgrunn av magefølelsen, men aldri ned.
- Vakthavende lege kontaktes umiddelbart ved rød og oransje prioriteringsnivå. Barneleger ringes på telefon nummer 7771.
- Dersom barnelege ikke har mulighet til å komme tidsnok av andre årsaker, skal vakthavende anestesilege kontaktes på

iif. 9953.

- Noter tidspunktet legen varsles i F2 Observasjonsskjemaet.
- Prosessiltak i henhold til gitt prioriteringsnivå skal utføres i påvente av lege.
- Noter tidspunktet legen tar imot pasienten i F2 Observasjonsskjemaet.

Retriage

- Retriagering utføres dersom endring i pasientens tilstand tilsier det.
- Retriagering utføres senest dersom lege ikke har vurdert pasienten i henhold til TTD (tid til lege) etter gitt prioriteringsnivå.
- Sykepleier kan prioritere ned uten legekontakt dersom vitalparametere forbedres, men ikke lavere enn ESS' ens nivå.
- Sykepleier kan prioritere opp dersom vitalparametere eller ESS forverres.
- Kun lege kan gi lavere prioritet enn ESS tilsier.

Undersøkelse av ABCDE

A - luftvei

Vurder om pasienten har frie luftveier eller ikke. Dersom pasienten har frie luftveier krysses det av i ruten for 'uten anmerkning'.

B - respirasjon

Tell respirasjonsfrekvens, tell i minst ett minutt. Start med å telle respirasjonen før man utfører andre undersøkelser.

Mål oksygenmetning ved hjelp av pulsoxymeter tilpasset barnets størrelse.

C - sirkulasjon

Mål puls, enten ved hjelp av pulsoxymeter eller manuelt.

Obs pulskorrigerings ved gråt og feber. Se vedlegg Pulskorrigerings.

Vurder evt sirkulasjonen ved mål av kapillærfyllning, perifer hudtemperatur, pulsfylde og hudfarge.

D - våkenhet

| | |
|------------------------|---|
| | <p>Vurder våkenhetsgrad og evt krampet. Vurder GCS, obs barn <2 år med egen GCS. Se vedlegg GCS.</p> <p>E - kroppstemperatur</p> <p>Mål temperatur, enten rektalt eller med temporalismål.</p> |
| Mottakende lege | <ul style="list-style-type: none"> • Skal kjenne til bruken av Akuttdatabasen, triagesystemet og prioriteringsnivåene. • Skal tilse pasienter triagert til rød prioriteringsnivå umiddelbart. • Dersom flere pasienter har samme prioriteringsnivå vurderer lege hvem som må undersøkes først. • Lege kan trigere pasienten ned ett nivå i ESS. Ved nedtriagering skal triageansvarlig sykepleier ha beskjed. |
| Opplæring/undervisning | <ul style="list-style-type: none"> - Alle sykepleiere som utfører triage må ha fått undervisning i triage av triageansvarlig sykepleier. - Undervisningen består av en teoretisk del og etterpå må de triagere et antall skrevne caser. - Reopplæring i triagering skal gjennomføres hvert år. - Seksjonleder og fagkoordinator skal legge til rette for at opplæring og re-opplæring blir gjennomført. |

Definisjoner

- **VP:** Vitale Parametere
- **ESS:** Emergency Symptoms and Signs (akutte symptomer og tegn)
- **TTD:** Tid til lege
- **Prioriteringsnivå Rød:** Potensielt livstruende tilstand. TTD 0 minutt. Full monitorering. Spl. tilstede hele tiden. Tiltak ift. protokoll.
- **Prioriteringsnivå Oransje:** Akutt tilstand. TTD <20 minutt. Full monitorering med intervall minimum hvert 20.min. Spl. tilstede til lege kommer. Tiltak ift. protokoll.
- **Prioriteringsnivå Gul:** Observasjon. TTD <120 minutt. Selektiv monitorering. Tiltak ift. protokoll.
- **Prioriteringsnivå Grønn:** Kan vente. TTD <240 minutt. Ingen monitorering, men regelmessig tilsyn av spl. Tiltak ift. protokoll.
- **Prioriteringsnivå Blå:** Ikke behov for triage.
- **Triagerom:** Rom som er forbeholdt triagering.
- **Mottaksrom:** Rom som benyttes til pasientmottak (i Barne- og ungdomsposten «undersøkelsesrommet»).
- **Pasientrom:** Vanlig pasientrom i sengeposten.

Vedlegg

Under fanen "Relatert" ligger F2 Observasjonsskjema, VP-oversikt og forklaring på pulskorrigering.







Lenker:

- Prosedyre «Barneavdelingen, Blodtrykksmåling» (med normalverdier), nr. 22769
- Prosedyre «Bruk av smertevurderingsverktøy», nr. 22630
- Prosedyre «Bevissthetsvurdering av barn», nr. 6471



Referanser

Triage i pasientmottak for barn, Dok. ID 23482, Versjon 2.0, St. Olavs Hospital.

Relaterte dokumenter:

-  Barn, ABCDE-algoritmen og ISBAR
-  Barn, Bevissthetsvurdering av barn med ulike diagnoser
-  Barn, Blodtrykksmåling
-  Barn, Bruk av smertevurderingsverktøy
-  Meldingsforløp av pediatriske barn i HNT
-  SL- Barneteam

Relaterte vedlegg:

-  F2 Observasjonsskjema pasientmottak barn
-  Pulskorrigeringsskjema

Vedlegg 3: Allerede eksisterende prosedyre for BUP, tiltak ved akutt intoksikerte barn og unge ved Sykehuset Levanger

12.01.2024, 08:52

Dokument «BUP, tiltak ved akutt intoksikerte barn og unge», ID 24943 - EOS

BUP, tiltak ved akutt intoksikerte barn og unge

Dokumentadministrator: Frida Sjøper Vægstad

Gyldig fra: 14.11.2022

Revisjon: 1.2

Godkjent av: Birgit Kleinau

Revisjonsfrist: 13.11.2025

ID: 24943

Hensikt

Å beskrive BUP sitt tilbud når akutt intoksikerte barn/ungdom legges inn på sykehuset

Omfang



Gjelder alle ansatte

Grunnlagsinformasjon

Alvorlig rusintoksikerte barn og unge blir etter vurdering lagt inn på barneavdelingen eller på intensivavdelingen.

Arbeidsbeskrivelse

Barn og ungdom som kommer til sykehuset med akutt forgiftning med rusmidler er i en svært sårbar situasjon. Klinisk erfaring tilsier at behandlere snakker med både pasienten og foreldre, hver for seg og sammen. Vaktavende på BUP og miljøterapeut fra BUP sengepost går sammen og miljøterapeuten kan f.eks ta samtalen med foreldrene

| Aktivitet | Ansvar | Registreres | Referanser |
|--|------------------------------|---|---|
| Pasientene blir undersøkt og monitorert etter vanlig prosedyre | Barnelege | EPJ | Barneavdelingens EQS prosedyrer |
| Vaktavende barnelege sender anmodning om tilsyn til vaktavende på BUP | Barnelege | EPJ | |
| Tilsyn gjennomføres av vaktavende på BUP med støtte av miljøterapeut. Dette skjer dagen etter innleggelsen og foreldre til stede | Barnelege/ Vaktavende BUP | EPJ  BUP-akutt intoksikerte barn og unge, EPJ mal | Guide for semistrukturert intervju av barn og foreldre  BUP, akutt intoksikerte barn og unge, vaktintervju |
| Pasienten blir vanligvis utskrevet etter vurdering, eller overført til BUP sengepost- eller poliklinikk | Barnelege/ Vaktavende BUP | EPJ | |

Søkeord

Akutt, intoks, intox, barn og unge

Vedlegg 4: Egenprodusert kartleggingskjema for intox-pasienter <18 år

Kartleggingskjema for intox-pasienter <18år

| |
|---------------|
| Navn |
| Fødselsnummer |

Innleggende instans:

- Fastlege
Legevakt
Akuttmottak
Barnevern
Politi

Følges av:

- Mor
Far
Stemor
Stefar
Fostermor
Fosterfar
Politi
Barnevern
Venner
Ingen

Hvilken intox har pasienten tatt?

- Alkohol Narkotika Paracet Annet

Hvordan tilstand er pasienten i?

- Bevisthet Ubevisthet
Rolig Utagerende

Hvor bor pasienten?

- Mor og/eller far
Fosterforeldre
Instutisjon
Annet

Hvilken akuttbehandling er gitt?

- Ventrikkeltømming
Kull
Antidot
Annet

Hvilke relasjoner har pasienten rundt seg?

- Mor
Far
Stemor
Stefar
Fostermor
Fosterfar
Søsken
Besteforeldre
Venner
Andre

Hvem snakker pasienten med når hen har det vanskelig?

- Mor
Far
Stemor
Stefar
Fostermor
Fosterfar
Søsken
Besteforeldre
Venner
Andre
Ingen

Hvordan har pasienten hatt det de siste 2 ukene?

Dårlig ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Dårlig

Hvordan har pasienten hatt det de siste 3 månedene?

Bra ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Bra

Hvordan har pasienten hatt det det siste året?

Dårlig ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Bra

Ønsker pasienten hjelp?

- Ja
Nei

Mottar pasienten allerede hjelp?

- Ja, fra psykolog
Ja, fra BUP
Ja, fra barnevern
Ja, fra andre (spesifiser)
Nei

Hvor ofte har pasienten selvmordstanker?

- Hver dag
- 1-2 ganger i uka
- 3-4 ganger i uka
- 3-4 ganger i måneden
- Sjeldnere enn 1 gang i måneden
- Aldri

Har pasienten lagt konkrete selvmordsplaner?

- Ja
- Nei

Har pasienten drevet med selvskading?

- Ja
- Nei

Har pasienten tilgang på legemidler/rusmidler hjemme?

- Ja
- Nei

Hvor ofte er pasienten fysisk aktiv?

- Hver dag
- 1-2 ganger i uka
- 3-4 ganger i uka
- 3-4 ganger i måneden
- Sjeldnere enn 1 gang i måneden
- Aldri

Hvor ofte er pasienten sosial?

- Hver dag
- 1-2 ganger i uka
- 3-4 ganger i uka
- 3-4 ganger i måneden
- Sjeldnere enn 1 gang i måneden
- Aldri

Hvordan er pasientens status innenfor:

- | | God | Middels | Dårlig |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ernæring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Søvn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Økonomi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har pasienten et anstrengt forhold til mat?

- Ja
- Nei

Er pasienten gravid?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Går pasienten på jobb/skole?

- Ja
- Nei

Hvis ja - Hvor ofte drar pasienten på jobb/skole?

- Hver dag
- 1-2 ganger i uka
- 3-4 ganger i uka
- 3-4 ganger i måneden
- Sjeldnere enn 1 gang i måneden
- Aldri

Hvordan ser pasienten på seg selv?

- Normal
- Annerledes
- Mange venner
- Ingen venner
- Bra person
- Dårlig person

Hvor fornøyd er pasienten med livet sitt?



Er pasienten motivert til endring?



Vedlegg 5: Link til egenprodusert video til bruk i psykoedukasjon av ungdom innlagt etter Paracetamol-forgiftning

YouTube: [Vedlegg 5 \(youtube.com\)](#)



Kilder

Helgesen, L. A. (2021). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (utg. 4.). Cappelen Damm.

Slørdal, L. (2021). Legemidler ved smerter. Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem*. (3.utg, s.326-335). Gyldendal.

Vedlegg 6: Egenprodusert mal for sikkerhetsplan

MIN SIKKERHETSPLAN

| | |
|-----------------|--|
| NAVN | MINE FARESIGNALER |
| | 1. |
| | 2. |
| | 3. |
| INDRE RESSURSER | |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| | BARNE- AVDELINGEN |
| | 74098192 |
| | MENTAL HELSE HJELPETELEFON |
| | 116 123 |
| | ROLLE: |
| | Tlf.nr.: |
| | ROLLE: |
| | Tlf.nr.: |
| | HVEM KAN JEG KONTAKTE? |
| YTRE RESSURSER | |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| | HVORDAN BEGRENSER JEG MULIGHETENE MINE FOR Å UTFØRE ET NYTT SELMORDSFORSØK? |

Utformet med utgangspunkt i innlegget *Sikkerhetsplan – en metode som har selvmordsforebyggende effekt* av Ina Bekkevold-Jernberg for Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).