

Hvordan skille mellom sykdom, skade og rus på Legevakten?

Vurdering av sykdom og skade hos akutt rusede pasienter er vanskelig. På Legevakten i Oslo er dette daglig en aktuell problemstilling.

Denne studien omhandler 429 nye pasienter som ble brakt til Legevakten i akutt ruspåvirket tilstand i en 12-månedersperiode i 1998–99. Vi har beskrevet pasientgruppen og metoden for observasjon.

75 % var menn, 45 % oppgav selv at de bare hadde drukket alkohol, 10 % hadde tatt heroinoverdose. Resten hadde inntatt ulike kombinasjoner av legale og illegale stoffer. Kvinnene var i gjennomsnitt yngre enn mennene (29 år mot 36 år, $p < 0,00$), og pasienter som bare hadde drukket alkohol, var gjennomgående eldre enn pasienter som oppgav å ha tatt heroin eller ulike kombinasjoner av rusmidler (38 år mot 31 år, $p < 0,00$). 57 pasienter ble lagt inn i sykehus, sju av disse pga. alvorlige intracerebrale tilstander.

Studien tyder på at observasjon over noen timer, med gjentatte, enkle kliniske undersøkelser og systematisk bruk av Glasgow Coma Scale gjør det mulig å skille ut de pasientene som har alvorlig sykdom fra dem som bare er ruspåvirket.

Oslo kommunale legevakt ble opprettet i året 1900 som en kirurgisk avdeling ved Krohgstøtten sykehus. Hensikten var å yte førstehjelp til akutt syke og skadede i Oslo by og avlaste Rikshospitalet, som til da hadde tatt imot de fleste akutt syke direkte. Legevakten stod for innleggelse av byens fattige til sykehusene, og man tok også imot pasienter henvist fra byens fattigstyre og sunnhetskommisjoner utenom bylegenes åpningstid. Hjelpen var gratis for ubemidlede (1).

Fra 1916 fikk politiet anbringe sinnslidende til Legevakten for observasjon, oftest med politivakt, i påvente av innleggelse i psykiatrisk sykehus. Denne ordningen varte til 1947.

I dag er Legevakten en del av Ullevål sykehus. Den kirurgiske poliklinikken drives fortsatt, mens en allmennt medisinsk poliklinikk og en observasjonspost (forskjellig fra observasjonsrommet) med 16 senger ble opprettet i 1982 (2). Legevakten omfatter også et voldtekstmottak, et voldsmottak og

Anne Kathrine Nore
annekathrine.nore@ullevaal.no

Ole Eigil Ommundsen
Ullevål sykehus

Legevakten
Storgata 40
0182 Oslo

Siri Steine
Institutt for allmennt medisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Nore AK, Ommundsen OE, Steine S.

How can we distinguish between illness, injury and intoxication in the emergency department?

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1055–8.

Background. Clinical judgement of intoxicated patients is difficult. In the emergency department of the inner city of Oslo this is done every day.

Material and methods. During a one-year period from 1998–99, a group of 429 first-time admitted intoxicated patients were included in a study. The patients and the method of observation are described.

Results. 75 % of the patients were men; 45 % reported to have consumed alcohol only, while 10 % had taken a heroin overdose. The rest had used various combinations of legal and illegal drugs.

Female patients were younger than male patients (29 versus 36 years, $p < 0,00$), and patients intoxicated only on alcohol were on the average older than patients who had taken drugs (38 versus 31 years, $p < 0,00$). 57 patients were hospitalized, seven of them had serious intracerebral conditions.

Interpretation. Our study indicates that systematic observation over some hours, repeated clinical examinations, and the systematic use of a modified Glasgow Coma Scale makes it possible to sort out the seriously ill from «only» intoxicated patients.

et ambulerende sykepleierteam, og man yter legetjenester til to avrusningsstasjoner. I tillegg drives en psykiatrisk vaktjeneste på ettermiddag, kveld og i helger, foruten en heldøgns sosial vaktjeneste. Fremveksten av disse ulike tjenestene avspeiler behovet for sammensatte sosialmedisinske tjenester i Oslo by.

Observasjonsrommet

Observasjonsrommet (heretter kalt obsrommet) er en del av den allmennt medisinske poliklinikken. Rommet brukes til observasjon av pasienter i rus. Det er ti kvadratmeter

stort, har uknuselig vask og speil, ingen løse gjenstander som kan brukes som slagvåpen, to senger og madrasser på gulvet for dem som er for urolige til å ligge i seng. Rommet har tilstøtende toalett og dusj.

Når pasienter i rus blir lagt på obsrommet, er det for å vurdere dem over et begrenset tidsrom: Det viktige er å finne ut om rusen er så dyp at videre observasjon og behandling må skje i sykehus, eller om pasienten har bakenforliggende sykdom eller skade som krever innleggelse.

Obsrommet ligger nær vaktbasen i poliklinikken. En sykepleier og en lege samarbeider om undersøkelse og observasjon av pasientene. Ved uro og trusler kan portvaktene tilkalles raskt og bistå under undersøkelsen.

I 1998 ble 49 000 pasienter behandlet på den allmennt medisinske poliklinikken på Legevakten, i 1999 økte tallet til 54 200. Av disse ble ca. 1 100 undersøkt og observert på obsrommet.

Bakgrunnen for prosjektet

Obsrommets historie er uklar. Det foreligger ingen skriftlige kilder om hvordan rommet ble til. Sykepleiere som har arbeidet i institusjonen over 30 år, husker rommet fra sin start ved Legevakten. Den gang var pasientene på obsrommet som regel nedslitte alkoholikere. Etter hvert som stoffmisbruket i Oslo har tiltatt, har mange pasienter tatt heroinoverdose eller er i blandingsrus (3). Det kliniske bildet er dermed blitt mer komplisert enn før.

Utfordringene denne pasientgruppen byr på, både menneskelig og medisinsk, er store. Mange av pasientene blir funnet på gaten av politi eller ambulanspersonell. De er ofte tilsølt og vanskelige å undersøke. Anamnesen er av åpenbare grunner mangelfull. Skader kan være vanskelig å oppdage, og undersøkelsene kan bli utilstrekkelige på grunn av uro og samarbeidsproblemer. Pasientene kommer ofte inn om kvelden og natten, som er den travleste tiden på Legevakten.

Rutiner på obsrommet

Pasienten undersøkes klinisk på obsrommet, og ved behov brukes i tillegg pulsoksymeter, alkometer, rektaltemperaturmål samt hurtigtester med CRP og blodsukker. En modifisert Glasgow Coma Scale (GCS) (fig 1) brukes for raskt å avgjøre om pasienten skal utskrives, innlegges i sykehus eller beholdes på obsrommet (4). Pasientene som blir liggende til observasjon, vurderes deretter regelmessig av lege/sykepleier. Funn skal do-

kumenteres på et observasjonsskjema, og innen fire timer skal en medisinsk avgjørelse tas angående videre tiltak for pasienten. Erfaring gjennom år har skapt denne rutinen.

Dersom bevissthetstilstanden forblir lav, er det indikasjon på noe annet enn rus. Rusen kan maskere symptomer på alvorlige somatiske tilstander som cerebralt insult, pneumoni eller intrakraniale skader.

Arbeidet på obsrommet hadde gjennom årene gjort oss godt kjent med gjengangerne i systemet. Vi hadde erfart at de bød på færre overraskelser og utfordringer enn de som var nye og ukjente. Rusmiddelstatens oppsøkende tjeneste hadde faste rutiner for «kjenningene», og disse hadde kontakt med avrusningsstasjonene fra tidligere opphold der. Pasientenes sykdommer, som epilepsi og diabetes, var kjent fra før.

Forskjellen fra dem som ble brakt til obsrommet for første gang var slående. «De nye» obsromspasientene kunne by på store faglige overraskelser. Helt vanlige borgere kunne havne der ved en tilfældighet. Det var i denne gruppen vi kunne finne hypoglykemi maskert som rus eller en subaraknoidalblødning feiltolket som «fall i fylla.»

Målsettingen med denne artikkelen er å redegjøre for de hovedfunnene vi gjorde ved en systematisk registrering av nye pasienter på obsrommet.

Metode

Samtlige pasienter på obsrommet får fylt ut et skjema av lege/sykepleier. Dette brukes fortløpende i den kliniske observasjonen. Demografiske data fra disse skjemaene, i tillegg til opplysninger om inntatt rusmiddel, epikriser fra eventuelle sykehusinnleggelses sammen med supplerende opplysninger fra legejournalene ligger til grunn for vårt tallmateriale. Resultatet av vår modifiserte GCS (fig 1) er vesentlig for observasjonen. Vår skala spenner fra 14, som betyr at pasienten er våken, snakker adekvat og beveger armer og bein på kommando, til 1, der pasienten er dypt komatøs.

Etter utskrivningen fra obsrommet ble også 150 førstegangspasienter tilbudt en oppfølgingssamtale omkring den aktuelle hendelsen og et eventuelt rusmisbruk.

Statistiske sammenlikninger er foretatt ved hjelp av khikvadrattest og t-test. Signifikansnivå er satt til 0,05. Studien er godkjent av regional etisk komité.

Materiale

Det foreliggende materialet er samlet inn ved Oslo kommunale legevakt i perioden

NAVN:		FØDT:	
FORLØP / OPPFØLGING: GLASGOW COMA SCALE SCORE:			
A) TALE (verbal respons)			
5	snakker	NORMALT	
4	snakker	FORVRRRET	
3	kun	inadekvate ORD	
2	kun	LYDER/ GRYNTE	
1	INGEN	lyder	
B) ØYNE ÅPNES:			
4	SPONTANT		
3	kun	ved TILTALE	
2	ved	SMERTEPROV.	
1	IKKE	i det hele tatt	
C) BEVEGELSER armer/ben			
5	på	OPPFØRDRING	
4	MÅLRETTET	avverg	
3	FLEKSJON	ved smerteprovokasjon	
2	EKSTENSJON	ved smerteprovokasjon	
1	IKKE	reaksjon på sm.	
SUM av score A)+B)+C)			
Pupiller (+/- sym)			
Respirasjon (frekvens)			
Symm. bevegelse armer/ben			
TIDSPUNKT:			
SIGNATUR:			
TILTAK VED UTSKRIVNINGEN:			
OPPSØKENDE TJENESTE		<input type="checkbox"/> JA	INNLAGT SYKEHUS
			<input type="checkbox"/> JA
ANNET TILTAK: (tekst)			
VIDERE KONTAKT MED PASIENTEN:			
TELEFON:			
ADRESSE:			
SIGNATUR:			
SYKEPLEIER:		LEGE:	

Figur 1 Modifisert Glasgow Coma Scale som brukes i observasjonsrommet på Legevakten i Oslo

1.5. 1998–1.5. 1999. Til sammen ble 1 149 pasienter lagt inn på obsrommet i perioden.

Denne artikkelen omhandler de 429 nye pasientene over 18 år som kom til obsrommet i denne perioden. Bare pasienter som ikke hadde vært observert for rustilstander siden innføring av Legevaktens datasystem i 1991 ble inkludert.

Til sammen fikk 150 pasienter brev med tilbud om en gratis samtale hos førsteforfatter. Bare 21 pasienter takket ja direkte, to

Tabell 1 Hvem bringer pasienten til obsrommet på Legevakten (n = 429)?

Innbrakt Legevakten av	Antall	(%)
Ambulanse	227	(53)
Politi	60	(14)
Annet (drosje, egen hjelp etc.)	48	(11)
Pårørende/venner	42	(10)
Rusmiddelstatens oppsøkende tjeneste	25	(6)
Ukjent	27	(6)
Totalt	429	(100)

ønsket et telefonintervju og 19 brev kom i retur pga. ukjent adresse. Da vi forstod at vi bare ville få kasuistisk kunnskap fra intervjuene, avbrøt vi videre innkalling av de resterende nye pasientene og valgte å bruke stoff fra intervjuene som illustrerende pasientsitater. Av etiske grunner ble 22 nye pasienter under 18 år ekskludert fra undersøkelsen. Av disse var to av tre jenter, 75% oppgav å ha drukket bare alkohol.

Resultater

I ettårsperioden ble 429 nye pasienter over 18 år innlagt på obsrommet, 323 (75%) var menn. Gjennomsnittsalderen var forskjellig for kvinner og menn ($p < 0,00$), den var 29 år (SD 10) for kvinnene, 36 år (SD 13) for mennene. Antall innlagte pasienter på obsrommet varierte lite fra måned til måned.

268 personer (63%) bodde i Oslo, 39 (9%) kom fra Akershus, 24 (6%) manglet fast bolig. Seks pasienter hadde adresse i utlandet, resten fordelte seg på landets fylker. Tabell 1 viser hvordan pasientene ble brakt til Legevakten. Mer enn 65% ble brakt inn av ambulanse og politi.

Rusmidler, bruk og misbruk

Tabell 2 gir en oversikt over hvilke rusmidler pasientene selv oppga å ha tatt eller hva venner og bekjente fortalte. 45% oppgav å ha inntatt

kun alkohol, 11% hadde tatt heroin, resten hadde brukt ulike kombinasjoner.

117 (27%) pasienter hadde sprøytetegnmerker, 75 (18%) pasienter hadde andre ytre tegn til skade, oftest kutt i hodet. For 185 (43%) av de nye obsromspasientene var det registrert i journalen fra tidligere at de hadde et kjent rusmisbruk. 100 pasienter hadde et kjent narkotikamisbruk, mens kun 50 oppgav å ha et alkoholisbruk. Hos 27 pasienter var det registrert misbruk av både alkohol og narkotika. Hver tiende pasient hadde ved tidligere kontakt med Legevakten fått registrert en alvorlig psykiatrisk lidelse (alvorlig depresjon, psykose eller schizofreni) ved siden av sitt rusmisbruk.

Innleggelse i sykehus

57 pasienter (13%) ble innlagt fra vårt obsrom direkte til sykehusavdelinger. Tabell 3 gir en oversikt over diagnosene som pasientene fikk ved utskrivning fra sykehus.

Hva viste Glasgow Coma Scale?

Ved innkomst på obsrommet ble GCS utført. Tabell 4 viser at nær halvparten hadde GCS på 14, vår maksimalverdi, som betyr at de var våkne og i tilfredsstillende bevissthetstilstand. Hele 20% av pasientene hadde GCS under 10 ved innkomst. Av de som se-

nere ble innlagt i sykehus, hadde 37 % under 10 i GCS ved innkomst.

Andre resultater

Vi delte materialet inn i to grupper. Den ene bestod av pasienter som bare hadde drukket alkohol, den andre av pasienter som hadde tatt ulike rusmidler utenom alkohol, enten i blanding eller som enkeltstoff.

I gruppen med blandingsrus var det 59 kvinner (28 %), mens det i alkoholgruppen var 40 (21 %). Denne forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p = 0,72$).

Gjennomsnittsalderen i de to gruppene var ulik ($p \leq 0,00$). For alkoholgruppen var den 38 år (SD 16), for blandingsgruppen 31 år (SD 9).

Pasientintervjuene

23 pasienter møtte til samtale og gav samtykke til et semistrukturert intervju.

Samtalene gir mulighet for å se noen felles trekk ved disse pasientene:

– 18 av pasientene hadde bare drukket alkohol

– Samtlige uttrykte overraskelse og taknemlighet over å bli innkalt til samtale

– Flere uttrykte at det følte viktig for dem å få forklart hva som faktisk hadde skjedd mens de lå til observasjon

– Mange sa at det hadde vært en «vekker» å bli innlagt på obsrommet

Noen sitater kan illustrere dette:

«Brevet kom i rett tid, det har skjedd enda en gang...»

«Det var en skikkelig nedtur, ...jeg var akkurat blitt skilt, synes det er flaut...»

«Skjønnte at noe var galt, at nå var det nok...»

«Dette var en vekker, dette må jeg gjøre sjøl... Nå har jeg et liv utenom fylla»

Den eneste med dobbeldiagnosen heroinmisbruk/schizofreni som kom til oppfølgingssamtale, forklarte hvordan han hadde det etter sin alvorlige overdose: «Jeg vil ikke dø, men bare redusere dosen, det er hardt, men det går» og han la til om sin egen grunn sykdom: «Jeg skjønner godt når jeg trenger hjelp, for da begynner postkassa å flytte på seg...»

En annen pasient uttrykte det slik: «Jeg er glad for at du tok kontakt, jeg får ikke dette til å stemme.» (Pasient funnet av politiet midt i sentrum med kutt i hodet, virket forvirret. Drukke noe alkohol, trolig pådratt deg commotio cerebri etter fall i asfalten.)

Diskusjon

Denne kartleggingen av nye pasienter fra obsrommet på Legevakten i Oslo gir informasjon om en lite påaktet pasientgruppe. Det finnes ingen tilsvarende undersøkelser fra norsk primærhelsetjeneste, ved litteratursøk har vi heller ikke funnet tilsvarende internasjonale studier fra samme behandlingsnivå.

Akutt rusede pasienter med og uten lette hodeskader er ikke en uvanlig problemstilling for leger. Håndteringen av lette hode-

Tabell 2 Rusmidlet pasienten har tatt før innleggelse på Legevakten (n = 429)

	Antall	(%)
Bare alkohol	193	(45)
Kombinasjon heroin og andre rusmidler	82	(19)
Kombinasjon alkohol og andre rusmidler	48	(11)
unntatt heroin	45	(11)
Bare heroin	18	(4)
Andre kombinasjoner av tabletter	17	(4)
Andre enkeltstoffer	3	(1)
Legemidler uten kjent ruseffekt	23	(5)
Ukjent rusmiddel		
	429	100

Tabell 3 Diagnose til pasienter innlagt fra observasjonsrommet ved Legevakten til sykehus (n = 57)

Diagnoser	Antall pasienter
Intokser, alle typer inkludert heroinoverdoser	27
Intrakranielle blødninger	7
Innlagt psykiatrisk sykehus (mangler utskrivningsdiagnose)	6
Pneumoni, sepsis, hepatitt	5
Kramper	4
Frakturer	2
Annet (atrieflimmer, synkope etc.)	5
Schizofreni	1
	57

Tabell 4 Glasgow Coma Scale ved innleggelse på obsrommet (n = 429)

GCS	Antall	(%)
3	15	(4)
4	10	(2)
5	7	(2)
6	8	(2)
7	7	(2)
8	12	(3)
9	7	(2)
10	13	(3)
11	23	(5)
12	26	(6)
13	73	(17)
14	195	(44)
Mangler	33	(8)
I alt	429	(100)

skader i norske sykehus er drøftet i Tidsskriftet, og forfatterne konkluderte med at kvaliteten på behandlingen kan bedres gjennom økt bruk av CT-undersøkelser og konsekvent bruk av GCS (5). Vi vet ikke hvor mange slike pasienter i Norge som håndteres på førstelinjenivå, ved legevaktsentraler eller på hjemmebesøk. Sannsynligvis vil den enkelte lege få en relativt begrenset erfaring med denne pasientkategorien.

Legevaktarbeid generelt er en utfordrende del av allmennpraksis. Det er knapt omtalt i de to nyeste lærebøkene i faget (6, 7), og den akutt rusede pasient har man ikke skrevet om overhodet. Det finnes atskillig litteratur om intoksikerte pasienter håndtert på spesialistnivå, men mye av dette har begrenset nytteverdi i allmennmedisin (8, 9).

Rusmisbruk av alle slag er et økende helseproblem i store deler av verden (10). Vår undersøkelse bekrefter at misbruk av andre stoffer enn alkohol er blitt en del av hverdagen i Oslo, hvor over halvparten av pasientene oppgir å ha tatt enten heroin eller ulike kombinasjoner av legale og illegale rusmidler (3, 11).

I denne artikkelen har vi beskrevet noen av problemene som er forbundet med observasjon og behandling av berusede og muligvis syke pasienter. Et av våre hovedfunn er at systematisk observasjon over tid og konsekvent bruk av Glasgow Coma Scale synes velegnet til å skille mellom de pasientene som er alvorlig syke og de som bare skal sove ut rusen. Mange av pasientene er for urolige til at CT caput kan gjøres i denne fasen.

Vi har erfart at slik systematisk oppfølging bør gjøres med realt hyppige intervaller (15–30 min), fortrinnsvis av samme person(er), og at en konklusjon om tilstandens alvorlighetsgrad og videre forløp bør treffes innen fire timer. Videre har vi erfart at det er forløpet som er vesentlig, mens de absolutte tallene på GCS synes mindre viktige.

Et eksempel illustrerer dette: En 18 år gammel mann kommer til Legevakten i følge med kamerater, han er komatøs. Kameraene opplyser at pasienten har drukket 12 halvliter øl og 250 ml 96%-sprit. GCS er 6 ved innkomst, han har mindre ytre tegn til skader, et hematoma over venstre øyelokk, noen skrubbsår på truncus. Ingen tegn til fokale neurologiske utfall. Etter 60 minutter ny vurdering, pasienten virker litt lettere, GCS 7, og har samme neurologiske status. Brekker seg under undersøkelsen. Stabil respirasjon/sirkulasjon. Etter ytterligere 30 minutter har GCS falt til 5, pasienten er fortsatt ikke kontaktbar. Hematom under utvikling i venstre øyeregion, pasienten beveger ikke venstre ansiktshalvdel symmetrisk med høyre. For øvrig normal neurologisk status.

Han innlegges i sykehus med mistanke om hodeskade med kompliserende blødning. Utskrivningsdiagnosen er etter ett

døgn: Alkoholintoksikasjon. Promillen ved innkomst: 3,1, CT caput er negativ.

De 57 pasientene som ble innlagt i sykehus fikk til dels alvorlige diagnoser, sju av dem hadde alvorlige intracerebrale tilstander.

Folk som faller i ruspåvirket tilstand kan pådra seg en hodeskade, og selve fallet kan også være utløst av akutt cerebrovaskulær sykdom. Flere rusmidler disponerer for dette. Pasienter med akutt cerebrovaskulær sykdom som også har drukket alkohol, eller har oppgitt å ha brukt andre rusmidler, kan lett mistolkes til bare å være beruset. Grundig klinisk undersøkelse og gjentatte observasjoner kan avsløre tilstander som ikke skyldes ruspåvirkning alene.

I vårt materiale på 429 nye pasienter var det 372 pasienter som ikke ble innlagt i sykehus. En svakhet ved vår undersøkelse er at vi ikke har noe systematisk opplegg som gir tilbakemelding om eventuelle hendelser i dagene etter utskrivningen. Sporadisk får vi tilbakemeldinger om innleggelses fra byens sykehus, men vi fikk ingen slike opplysninger mens studien pågikk. Vi kan ikke utelukke at det blant de 372 pasientene som forlot Legevakten i relativt velbefinnende kan ha vært tilfeller av sykdom eller skade som ikke ble oppdaget hos oss. Men vi vet at alle pasientene ble lettere av rusen sin og at de forlot avdelingen ved egen hjelp.

Kjønnsforskjellene i materialet vårt var slående: Kvinnene utgjorde bare en firedel av pasientene, men var langt yngre enn de mannlige pasientene. Vi antar at en av forklaringene er at kvinner sjeldnere enn menn blir overstadig beruset, og at det fortsatt er mer sosialt stigmatiserende for kvinner enn for menn å vise seg ruspåvirket offentlig. Imidlertid kan det faktum at vi fant en overvekt av kvinner blant pasienter som var under 18 år, hvor de fleste faktisk hadde ruset seg på bare på alkohol, tyde på at dette sosiale mønsteret er i ferd med å endre seg. En annen klar tendens var at blandingsmisbrukerne var klart yngre, med mindre aldersspredning, enn brukerne av alkohol alene. Det var også en trend som ikke var signifikant, at kvinneandelen blant blandingsmisbrukerne var noe høyere enn i alkoholgruppen. Mange av pasientene som havner på obsrommet for første gang vil kunne være i starten av et alvorlig rusmisbruk. Vår studie synliggjør et behov for en systematisk oppfølging for å forebygge langvarige ruskarrierer.

Kun et fåtall av våre pasienter ble brakt inn av politiet. Politilinstruksen for ordensavdelingen i Oslo pålegger tjenestemenn å bringe antatt syke til helsevesenet selv om de er i rus. Vi antar at lokale samarbeidsforhold mellom politi og helsevesen kan være avgjørende for om pasienter i rus bringes til legevakt eller fyllearest. Det finnes ikke samlede rapporter om dødsfall i norske fyllearester, men kasuistiske beretninger hvor rus har maskert alvorlig sykdom hos innsatte. Dette er et tema som dukker opp i pressen med jevne mellomrom, og det understreker hvilke store utfordringer også politiet står overfor med denne pasientgruppen (12–14).

At hver tiende nye pasient på obsrommet også hadde en alvorlig psykiatrisk tilleggsdiagnose, er ikke overraskende, men understreker betydningen av systematisk oppfølging og ettervern av slike pasientgrupper (15).

Bare 23 pasienter av 150 innkalte lot seg intervju etter innleggelsen på obsrommet. Det var atskillig vanskeligere å få denne pasientgruppen i tale enn vi hadde forventet. Det at de fleste som møtte var alkoholmisbrukere, kan skyldes ulik livsstil sammenliknet med misbrukere av heroin eller andre stoffer. Mange pasienter har sannsynligvis fortsatt en skamfølelse etter en slik opplevelse og ønsker kanskje aktivt å glemme den. Erfaringer fra Legevaktens oppfølgingsarbeid med pasienter med selvpåførte skader som kontaktes på telefon og så eventuelt med brev, kan vurderes som fremtidig oppfølgingsform. At det også eksisterer et behov for dette hos pasientene, styrkes av erfaringene fra de 23 samtalene som vi klarte å gjennomføre, hvor samtlige av våre informanter uttrykte at de opplevde en slik etter samtale som viktig og positiv.

Hovedmålet med observasjonen av pasienter i akutt rus er å oppdage skader og sykdom. Vi trener vårt personale opp til å undersøke og observere pasientene slik at disse målene kan nås. Etter mange års arbeid i dette klinisk krevende og menneskelig utfordrende arbeidet er vi kommet frem til følgende retningslinjer som også kan benyttes i andre sammenhenger:

- Det er viktig med bruk av et standard-skjema
- Det er en klar fordel om samme lege/sykepleier observerer pasienten over tid
- En medisinsk beslutning om hva som skal skje videre med pasienten bør tas innen fire timer

- Hvis legen er i tvil om pasientens tilstand, skal pasienten legges inn i sykehus
- Hvis legen mistenker sykdom og ikke bare ruspåvirkning, skal pasienten flyttes til et annet undersøkelsesrom (da flyttes fokus fra rus)

Vi takker alle på Legevakten som har bidratt til å gjøre prosjektet mulig. Arbeidet er finansiert med allmennpraktikerstipend fra Allmenntilleggsmedisinsk Forskningsutvalg.

Litteratur

1. Jacobsen A. Den kommunale legevakt 1900–1958. I: Lange HF, red. Kroghstøtten sykehus 1859–1959. Oslo: Oslo kommune, 1959.
2. von Krogh H, Rytter E. Organisering av akutt medisinsk 1. linjetjeneste. I: Siem H, Berg K, Grünfeld B, red. Samfunnsmedisin i praksis. Oslo helseråd i 80-årene. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
3. Hvordan kan man møte overdoseproblematikken på kort og lang sikt i Oslo kommune. Rapport med forslag til tiltak fra arbeidsgruppe som har vurdert overdoseproblematikken. Oslo: Oslo kommune, Rusmiddelstaten, 1998.
4. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet* 1974; 2: 81–4.
5. Ingebrigtsen T, Mortensen K, Romner B. Håndtering av lette hodeskader ved norske sykehus – kan kvaliteten bedres? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1874–6.
6. Aaraas I, red. Allmenntilleggsmedisin – fag og praksis. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
7. Hunskaar S, red. Allmenntilleggsmedisin. Klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
8. Cabo Valle M, Marti-Lloret JB, Miralles-Gisbert S, Marti-Ciriquian JL. Etiology of intoxication; a study of 557 cases. *Eur J Epidemiol* 1993; 9: 361–7.
9. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Acute intoxication and substance abuse among patients presenting to a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 183–91.
10. Substance abuse I: Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
11. Stokland O, Hansen TB, Nilsen JE. Prehospital behandling av heroinoverdoser i Oslo i 1996. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3144–6.
12. 45-åring døde i fyllearesten i Oslo. <http://webatekst.aftenposten.noNTBMIDT/199404> (23.3. 2000).
13. Døde i arrest av brudd på hjerneskillen. <http://webatekst.aftenposten.noNTBMIDT/234116> (23.3. 2000)
14. Døde i fyllearesten i Tønsberg. <http://webatekst.aftenposten.noNTBMIDT/234116> (23.3. 2000).
15. Kielland KB. Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk: kartlegging av antall og behandlingsbehov. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.

○