

Korte, planlagte innleggelser ved villet egenskade

Sammendrag

Bakgrunn. Villet egenskade er et vanlig fenomen, særlig hos unge. Slik atferd er ofte forbundet med emosjonelt ustabil personlighet eller andre alvorlige personlighetsforstyrrelser. Ved vår avdeling tilbys korte, planlagte innleggelser over 1–2 år til pasienter med hyppige episoder med villet egenskade og stort forbruk av psykiatriske tjenester.

Materiale og metode. Dette er en retrospektiv studie av behandlingsforløpet til ni pasienter, basert på gjennomgang av legejournalene. Forekomst av villet egenskade ble delt i to kategorier – selvmordsforsøk og selvskading. Forbruk av psykiatriske tjenester ble vurdert etter antall og type innleggelser og antall innleggesesdøgn.

Resultater. Forekomsten av alle typer villet egenskade ble redusert etter innføring av systemet med planlagte innleggelser. Det ble også mindre bruk av psykiatriske helsetjenester, særlig gjelder det akuttpsykiatriske tjenester.

Fortolkning. For psykiatriske pasienter med hyppige episoder med villet egenskade og stort forbruk av akuttpsykiatriske tjenester kan mer bruk av planlagte innleggelser være et alternativ. Resultatene må fortolkes varsomt, ettersom de er basert på en liten, retrospektiv studie.

Opgitte interessekonflikter: Ingen

Terje Torgersen
terje.torgersen@hnt.no
Elisabeth Løvås
Tore Tofte
Psykiatrisk klinikk
Sykehuset Levanger
7600 Levanger

Villet egenskade (1) er vanlig blant ungdom i de fleste land i Europa (2). Det er påvist en økning blant kvinner i Oxford-området i England (3) og blant kvinner i Sør-Trøndelag (4). Villet egenskade kan defineres som en gjerning som ikke endte med døden og hvor individet med vilje utførte en eller flere av følgende handlinger: Initierte en atferd (f.eks. kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv, tok medikamenter i en mengde utover det som var forskrevet eller er vanlig anerkjent dose, tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv, svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand (5).

Villet egenskade kan være initiert av en selvmordsintensjon – formålet med handlingen er døden. Der det foreligger en selvmordsintensjon, selv om denne er svak, er det vanlig å bruke begrepet «selvmordsforsøk». Begrepet «selvmordsatferd» omfatter både selvmordsforsøk og selvmord (6). Villet egenskade uten selvmordsintensjon kalles ofte «selvskading» eller «selvmutilering», og handler da vanligvis om kutting, brenning o.l. Det er i praksis vanskelig å vurdere selvmordsintensjonen fordi det ofte foreligger stor ambivalens og dermed skiftende intensjon (6). Selvpåførte forgiftninger er en type villet egenskade som kan føre til innleggelse i somatisk sykehus. I en norsk studie er det vist en insidens på 120 per 100 000 for slike innleggelser (7).

Hyppig forekomst av villet egenskade er ofte knyttet til emosjonelt ustabil personlighet eller andre alvorlige personlighetsforstyrrelser. Studier har vist at 69–80% av dem med slik personlighetsforstyrrelse har vært involvert i villet egenskade, og at selvmordsraten for denne gruppen er opp mot 9% (8). En følelse av håpløshet og manglende problemløsningssevne hos pasienten, dertil manglende kontinuitet i behandlingen, er faktorer som generelt predikerer antall selvmordsforsøk hos psykiatriske pasienter (9, 10).

En Cochrane-studie av ulike psykiatriske behandlingstiltak konkluderte med at det ved kun to var tendens til redusert gjentakelse av villet egenskading – problemløsningsorienterte terapier og «grønt kort» sammen med standardbehandling (11). Linehan og medarbeidere har vist at dialektisk atferds-terapi er effektivt når det gjelder å redusere selvmordsforsøk hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (8). To studier av Bateman & Fonagy antyder også at psykoanalytisk orientert dagbehandling gir redusert forekomst av selvmordsforsøk og annen villet egenskade (12, 13).

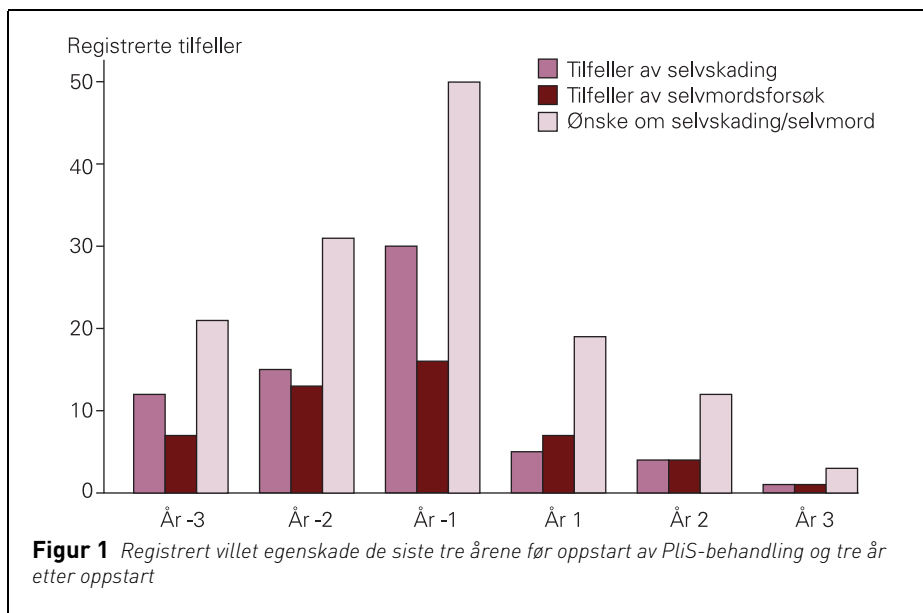
I klinisk praksis i Norge er det trolig mest vanlig med poliklinisk behandling for pasienter som ofte skader seg selv. Innleggelse er normalt kun aktuelt i form av korte akuttinnleggelser ved kriser. Slike kriseinnleggelser kan fungere godt som et stabiliserende tiltak for en del. For mange pasienter vil imidlertid kombinasjonen av poliklinisk behandling og kriseinnleggelser ikke være tilstrekkelig til å frembringe mindre villet egenskade. Andre faller ut av behandlingssystemet fordi de ikke greier å forholde seg til poliklinisk behandling eller innleggelse i en vanlig psykiatrisk sengepost.

Det er få holdepunkter for å anta at langvarige innleggelser i psykiatrisk sykehus har effekt på en atferd med villet egenskade. I én studie fant man at seks måneders innleggelse kombinert med strukturert og langvarig ettervern hadde bedre innvirkning på et atferdsmønster med villet egenskade og selvmordsforsøk enn en innleggelse på 12 måneder uten planlagt ettervern (14).

Planlagte innleggelser i serie

Ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger, har pasienter med hyppig villet egenskade og mange akuttinnleggelser i de senere år fått et tilbud om planlagte innleggelser i serie (PliS). Dette behandlingstilbudet ivaretar kontinuitet, struktur og langsiktighet gjennom korte og planlagte innleggelser i serie over et tidsrom på 1–2 år. Terskelen for inntak er høy, slik at bare de dårligst fungerende hittil har fått tilbudet. Omtrent 15 pasienter har til nå fått PliS-behandling ved klinikken.

Det er ingen diagnostiske inklusjons- eller eksklusjonskriterier, men de fleste har fått diagnosen personlighetsforstyrrelse. Mellom innleggelsene bor pasienten hjemme og får poliklinisk oppfølging, hovedsakelig fra behandlere ved posten eller poliklinikken. Av og til har også erfame sykepleiere ansvar for den polikliniske oppfølgingen. Kontaktformen kan variere fra pasient til pasient, og oppfølgingen kan innebære kun telefonkontakt i perioder. Vanligvis er pasientene innlagt fem dager hver 4.–6. uke. Ved behov for akuttinnleggelse skjer disse ved akuttavdelingen, slik at det blir et klart skille mellom krisebehandling og de planlagte innleggelsene. Postens husregler og individuell behandlingsplan må følges. Brudd på avtaler og regler, rusing og annen selvdestruktivitet kan medføre umiddelbar utskrivning for den aktuelle innleggelse, men for øvrig fortsetter det planlagte behandlingsløp.



Sengeposten hvor behandlingen foregår er en 16-sengers åpen allmennpsykiatrisk post med 200–250 innleggelses per år (232 i 2005) og en gjennomsnittlig liggetid på rundt 20 dager. Målgruppen er pasienter med affektive lidelser, personlighetsforstyrrelser, krisereaksjoner, AD/HD og lettere rusproblemer. Posten mottar pasienter både fra akuttpost, poliklinikk og fastleger. De fleste innleggelses er planlagt, etter forvern, men det er også en viss mengde øyeblikkelig hjelp. 1–2 plasser er avsatt til PliS-behandling, og pasientene ruller etter en fast plan. Posten har et fast ukeprogram som består av bl.a. tre samtalegrupper, ett fellesmøte, to timer pasientundervisning, en avspenningsgruppe, en bevegelsesgruppe, friluftstur og trim. Vår erfaring er at pasientene selv ønsker å avslutte behandlingen i løpet av det

andre året, da de ikke lenger har behov for et så omfattende tilbud.

Etter flere års erfaring med denne behandlingen ønsket vi å få et bilde av behandlingsforløpene, spesielt med henblikk på forekomst av villet egenskade og bruk av akuttpsykiatriske tjenester. Vårt kliniske inntrykk var at PliS-behandling hadde en positiv innvirkning på disse variablene.

Materiale og metode

Vi gjorde en retrospektiv gjennomgang av legejournalene til de ni første pasientene som gjennomførte behandlingen. De ble tilskrevet og fikk skriftlig informasjon om prosjektet og ble bedt om skrive under på en samtykkeerklæring. Opprinnelig gjennomførte ti pasienter behandlingsopplegget i perioden, men det var kun mulig å innhente

skriftlig samtykke fra ni av dem. Den tiende hadde flyttet til en annen kant av landet og lot seg ikke oppspore. Prosjektet ble tilrådd av regional komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge.

Data ble samlet inn ved at to av forfatterne, begge erfarne sykepleiere ved posten, leste gjennom legejournalene og registrerte data vi på forhånd var blitt enige om skulle innhentes. De ble tatt fra pasientens totale behandlingsforløp ved Psykiatrisk klinikk – både før, under og etter avsluttet PliS-behandling. Vi registrerte enkle sosioøkonomiske data, de viktigste ICD-10-diagnosene pasientene hadde fått ved klinikken, hyppighet og varighet av innleggelses, type innleggelses (akutte eller planlagte). Villet egenskade ble forsøkt registrert i to kategorier – «selvmordsforsøk» (episode av villet egenskade hvor det i journalen fremkommer at pasienten hadde selvmordsintensjon) og «selvskading» (villet egenskade som førte til vevsskade, men uten selvmordsintensjon). Dessuten ble utsagn om at pasienten ønsket å skade seg eller ta sitt liv (uten at det førte til handling) registrert. Data for innleggelses (type, varighet, hyppighet) er godt dokumentert i journaler og sykehusets pasientadministrative datasystem (PAS) og antas å si noe om klinisk forløp og kostnadseffektivitet.

Resultater

Det presenteres data fra en periode på seks år for alle pasientene. En kortfattet presentasjon av pasientene med alder, antall innleggelses i psykisk helsevern før PliS-behandlingen og de viktigste ICD-10-diagnoser de har fått gjennom hele sitt behandlingsforløp er vist i tabell 1. Sju av ni pasienter hadde en personlighetsforstyrrelsesdiagnose, hvorav fire hadde emosjonelt ustabil personlighet.

Resultater er vist i figur 1, figur 2 og e-figur 3. De tre siste årene før oppstart med PliS-behandling er benevnt år -3 til år -1, de tre årene etter oppstart er benevnt år 1 til år 3. Det var et fall i antall registrerte episoder av villet egenskade etter oppstart av behandlingen, fenomenet syntes omtrent å opphøre i år 3.

Når det gjelder bruk av psykiatriske tjenester, viser resultatene en nedgang i antall innleggelsesdøgn totalt fra år -1 til år 1, samtidig med en forskyvning fra akuttinnleggelses til planlagte innleggelses. Antall akuttinnleggelses ble færre, det samme viser oversikten over antall døgn i akuttavdeling. Det var en økning av antall planlagte innleggelses fra år -1 til år 1, noe som samsvarte med oppstart av PliS-behandling.

Diskusjon

Det er tydelige endringer etter oppstart av behandlingen – endring både av kliniske variabler som antall selvmordsforsøk og villet egenskade og i forbruk av akuttpsykiatriske innleggelses og innleggelsesdøgn.

En rekke faktorer kan tenkes å bidra til de positive resultatene. Det er stor forskjell på å bli innlagt akutt i en krisepreget tilstand og

Tabell 1 Oversikt over ni pasienter som har mottatt PliS-behandling, med alder ved oppstart av behandlingen, antall innleggelses i behandlingsforløpet før oppstart og de viktigste ICD-10 diagnoser som er gitt gjennom behandlingsforløpet

Kjønn	Alder (år)	Antall innleggelses før PliS-behandling	Diagnoser
1 ♀	33	6	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, AD/HD, dissosiativ lidelse, tilbakevendende depresjoner
2 ♀	47	34	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, AD/HD, bipolar lidelse type II
3 ♀	23	17	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, bipolar lidelse type I, cannabismisbruk
4 ♂	46	57	Bipolar lidelse type I, dissosiativ lidelse, avhengig personlighetsforstyrrelse
5 ♂	34	11	Bipolar lidelse type I, avhengig personlighetsforstyrrelse, posttraumatisk stresslidelse, blandet rusmisbruk
6 ♀	18	8	Dissosiativ lidelse, bipolar lidelse type II
7 ♀	56	10	Bipolar lidelse type I
8 ♀	42	18	Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, alkoholmisbruk
9 ♀	32	29	Anorexia nervosa, tilbakevendende depresjoner, tvangspreget personlighetsforstyrrelse

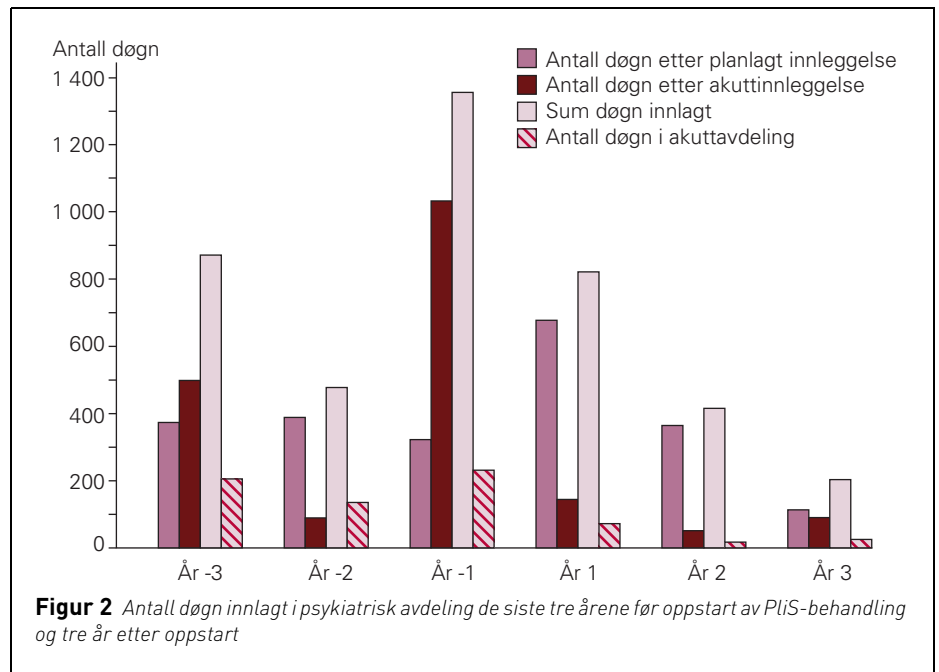
å bli tilbudt regelmessige innleggelser uavhengig av kriser og forverringer. I tilbudet om langsiktige, planlagte innleggelser ligger en klar validering av pasientens tilstand som en alvorlig og langvarig lidelse som tas seriøst av behandlingsapparatet. Denne behandlingen innebærer dessuten kontinuitet og forutsigbarhet, noe som er viktig for psykiatriske pasienter (9). Når pasienten skrives ut, planmessig eller etter brudd på avtaler og regler, er det allerede avtalt en ny innleggelse innen rimelig tid. Dermed hindrer man at utskrivningen i seg selv blir et brudd i kontinuitet og kontakt (14, 15). Det at pasienten i hovedsak bor hjemme og at innleggelsene er korte, kan tenkes å motvirke den regresjon man ofte vil kunne se ved lengre innleggelser. Mange pasienter tåler dårlig den intensiteten og slitasje som ligger i det å være innlagt over lang tid. Det er også sannsynlig at en atferd med villet egenskade med påfølgende kriseinnleggelser kan forsterke tendensen til å gjenta slike uønskede handlinger hos personer med svak problemløsningssevne (16). PliS-behandling bryter dette mønstret ved å frikoble uønsket atferd og innleggelse. Det innebærer også en planlagt avlastning fra en stressende livssituasjon. Pasienten får tid og rom til å bygge gode relasjoner til behandlerne, bedre enn når man kommer inn i akutt krise og blir skrevet ut etter få dager. Det blir også lettere for pasienten å holde ut vanskelige dager hjemme når hun vet at det er en planlagt innleggelse like rundt hjørnet.

Det er en fordel også for behandlere og postpersonale å få behandlingspauser slik at det blir mindre slitasje. Det å møte en pasient i relativt god form er noe helt annet enn å møte pasienten når hun er i en akutt krise. En annen mulig faktor er at denne regelmessige kontakten kan føre til bedret etterlevelse når det gjelder den medikamentelle behandlingen. Dette er kun en antakelse, ikke noe vi kan dokumentere. Behandlingen innebærer også at det blir lettere å konsentrere seg om andre ting enn rent krisepregede faktorer og gjør at pasienten får større kontroll. Det blir lettere å utvikle gode samarbeidsforhold mellom pasienten, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at viktige redskap som individuell plan og ansvarsgrupper kan få et reelt innhold.

PliS-behandling innebærer at pasientene slipper å forholde seg til mange ulike personer i helsevesenet. Et problem med hyppige kriseinnleggelser er at pasienten stadig møter nye leger og andre behandlere som kanskje har ulike tilnærminger og dermed skaper forvirring.

Begrensninger ved studien

Studiens største svakhet er at den er liten, naturalistisk og uten kontrollgruppe. En annen innvending er at pasientene er fulgt over mange år, slik at selve tidsfaktoren kan ha virket positivt inn på forløpene. Data for villet egenskade måtte hentes inn ved gjennomlesing av journalene, og kvaliteten på jour-



nalføringen kan derfor ha virket inn. Vi antar likevel at registrering av alle dokumenterte episoder i en legejournal gir et bilde av behandlingsforløpet, selv om enkelte episoder skulle være udokumentert. Det er også vanskelig å vurdere hvilke tiltak i det totale behandlingstilbudet som eventuelt virker positivt. PliS-behandling består av en rekke mindre tiltak, og selve innleggelsene er bare en del av dette. Man må anta at f.eks. den polikliniske oppfølgingen mellom innleggelsene også virker positivt.

Avslutning

Det kan være behandlingsmessig nyttig og ressursbesparende å tilby korte, planlagte innleggelser i serie som alternativ til akuttinnleggelser til utvalgte pasienter med en atferd med omfattende villet egenskade. Vi tror tiltaket kan være egnet for distriktpsykiatriske sentre. Det trengs imidlertid videre forskning hvor man sammenlikner med kontrollgrupper som utsettes for andre typer tiltak, slik som tett poliklinisk oppfølging og akuttinnleggelser. Videre bør det forskes mer på hva slags faktorer som eventuelt virker positivt, slik som etterlevelse av medikamentell behandling, betydningen av bedre kontinuitet og færre behandlere og hva pasienter og behandlere synes om ulike behandlingstiltak.

e-fig 3 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

1. ICD-10. Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
2. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327–38.
3. Hawton K, Fagg J, Simkin S et al. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford 1985–1995. *J Adolesc* 2000; 32: 47–55.

4. Hjelmeland H. WHO-undersøkelsen i Sør-Trøndelag: parasuicidraten øker for unge kvinner. *Suicidologi* 2001; 6: 12–3. www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2001-nr1/Hjelmeland.pdf [20.3.2007].
5. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J et al. Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2241–5.
6. Ekeberg Ø. Villet egenskade, parasuicid eller selvmordsforsøk? *Suicidologi* 2001; 6: 6–7. www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2001-nr1/Ekeberg.pdf [20.3.2007].
7. Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. Selvpåførte forgiftninger behandlet i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1798–800.
8. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al. Two-years randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviours and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 757–66.
9. Paris J, Nowlis D, Brown R. Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 8–9.
10. Speckens AE, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behaviour: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 365–87.
11. Hawton K, Townsend E, Arensman E et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD001764. www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001764/frame.html [20.3.2007].
12. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563–9.
13. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36–42.
14. Chiesa M, Fonagy P. Psychosocial treatment for severe personality disorder. 36-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 356–62.
15. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM et al. The Wessex recent in-patient suicide study. I. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 531–6.
16. Comtois KA. A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1138–44.

Manuskriptet ble mottatt 30.6. 2006 og godkjent 20.3. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.