



Pasienter med selvpåført forgiftning i medisinsk avdeling

Sammendrag

Bakgrunn. Selvskade forekommer i forskjellige former, enten som alvorlige selvmordsforsøk eller som mer ambivalente og appellpregede handlinger. I artikkelen settes søkelyset på forgiftninger med medikamenter og rusmidler, med særlig vekt på forekomst, behandling og forløp.

Materiale og metode. Artikkelen er basert på 30 års klinisk arbeid og forskning på pasienter med selvpåført forgiftning.

Resultater. Forekomsten av sykehusbehandlet selvpåført forgiftning er 100–200 per 100 000 personår. Omkring 1 % dør i forbindelse med innleggelse, de fleste som følge av alvorlige komplikasjoner før innleggelsen. Dødeligheten er sterkt forhøyet 20 år etter utskrivning. Grundig kartlegging av somatiske, psykiske og sosiale helseproblemer er nødvendig. Selvmordsfare må vurderes og dokumenteres. Etter selvmordsforsøk bør det som hovedregel etableres oppfølgings-time i løpet av en uke hvis pasienten ikke innlegges i psykiatrisk avdeling. Også ved andre forgiftninger er innleggelse i sykehus et alvorlig tegn på helseproblemer, og henvisning og oppfølging bør systematiseres og bedres.

Fortolkning. Helseproblemene ved selvpåført forgiftning er alvorligere enn det som reflekteres i oppfølging og omfanget av forskning.

Øivind Ekeberg
oivind.ekeberg@uus.no
Akuttmedisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål
0407 Oslo

Det er mange forskjellige former for selvskading. I klinisk sammenheng er mesteparten av behandlingen og forskningen knyttet til *bevisst* selvskading. I tillegg er det en del handlinger som er skadelige for en person, uten at det har vært et ønske om å ta livet sitt eller å skade seg. Eksempler på dette er røyking og rusmisbruk. I denne artikkelen er det lagt mest vekt på forgiftninger med medikamenter og rusmidler, med særlig vekt på forekomst, behandling og forløp.

Materiale og metode

Artikkelen er basert på klinisk arbeid med og forskning på selvskadende pasienter i 30 år. Det er generelt sett utført lite forskning på denne pasientgruppen, og mange av rådene er derfor basert på klinisk erfaring.

Klassifisering

Når det dreier seg om intensjonell selvskading, er det to hovedgrupper pasienter, de suicidale og de ikke-suicidale. Psykologisk sett er selvmordsatferd alvorligst i de tilfellene hvor handlingen har som mål å avslutte livet. Med selvmordsatferd forstås vanligvis både selvmord, selvmordsforsøk og alvorlige selvmordstanker. Klinisk kan det være vanskelig å vurdere selvmordsfaren fordi selvmordsimpulser ofte er ambivalente, både i en bestemt situasjon og over tid. Ved selvskading forstås vanligvis handlinger hvor vedkommende bevisst påfører seg selv skade eller smerte uten at det foreligger noe ønske om å dø. Det er en viss overlapping mellom selvmordsatferd og selvskading og begge er former for villet egenskade. Mange selvskadere har vist selvmordsatferd og omvendt, men teoretisk og klinisk er det nyttig å se på dette som to grupper.

ICD-10 skiller mellom selvskading ved ikke-opioide legemidler (X60–69) og voldelige metoder (X70–84). Selvskading er vanligere blant unge mennesker, og særlig blant pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor selvskading også er et diagnostisk kriterium. Ystgaard og medarbeidere fant at 6,6 % av norske 15–16-åringer hadde skadet seg selv siste år, de fleste ved kutting (74,1 %) og overdose med medikamenter (16,9 %) (1). Mange selvskadede søker ikke lege, men de fleste som behandles

kommer til legevakt. Motivene for selvskading varierer. Blant de vanligste er å uttrykke vonde følelser i form av handling. Som en pasient som kuttet seg i håndleddet uttrykte: «Jeg fikk flyttet smerten fra hjertet til armen.» Andre kan skade seg for å utøve straff. Det er heller ikke uvanlig at noen opplever at den smerten som skadingen medfører, kan bidra til å fjerne en følelse av tomhet eller uvirkelighet. Denne artikkelen omhandler selvskade ved forgiftning både med og uten suicidal intensjon.

Forekomsten av selvpåført forgiftning

Når det gjelder pasienter som innlegges i akuttmedisinske avdelinger som følge av selvskading, dreier det seg først og fremst om akutte forgiftninger. Kopjar og medarbeidere fant at ratene for sykehusbehandlete forgiftningspasienter i Norge i 2000–02 var 144 per 100 000 personår for kvinner og 94 for menn (2). I en ny undersøkelse av forgiftninger i Oslo i løpet av ett år (2003–04) var det 3 775 behandlingskontakter (3 025 episoder, noen overflytninger) (3). 1 870 pasienter ble behandlet prehospitalt, 958 på legevakt og 947 i sykehus. Insidensen for sykehusinnlagte var 210 per 100 000 personår for kvinner og 190 for menn.

Blant de sykehusinnlagte kvinnene ble forgiftningen hos 41 % oppfattet som sikkert eller mulig selvmordsforsøk, 33 % som appell, mens 26 % var uhell eller rusrelatert. De tilsvarende tallene for menn var 28 %, 15 % og 57 %. Det er altså en betydelig

Hovedbudskap

- Det er tre hovedformer for selvskading: selvmordsforsøk, selvskading uten selvmordsintensjon og indirekte selvskading
- Grundig diagnose av psykiske, somatiske og sosiale helseproblemer er nødvendig, med søkelys særlig på selvmordsrisiko
- Etter selvmordsforsøk bør pasienter enten innlegges i psykiatrisk avdeling eller få annen oppfølging i løpet av en uke
- Prognosen etter selvpåført forgiftning er like alvorlig som ved flere kreftformer

kjønnsforskjell med hensyn til suicidal intensjon. Når handlingen ble oppfattet som appell, var pasientene vanligvis klar over at de ikke kunne dø av overdosen, eller sørget for å komme raskt til behandling. Den medisinske behandlingen er god, slik at det er få som dør (1,1 %) eller får varige skader (0,6 %) (4). De døde hadde som oftest pådratt seg komplikasjoner før de ble innlagt, slik som hypotermi eller hjertestans.

Det kan diskuteres om en dødelighet på ca. 1 % ved innleggelse etter selvpåført forgiftning er mye eller lite. Klinisk er det imidlertid lite som kan gjøres for å senke dødeligheten ytterligere under sykehusopphold, fordi tilstanden for dem som dør vanligvis er så alvorlig ved innleggelse.

Prognosen etter selvpåført forgiftning

I en 20 års oppfølging av alle 946 pasienter som ble utskrevet fra medisinske avdelinger i Oslo i 1980 pga. selvpåført forgiftning, var 45 % av mennene og 30 % av kvinnene døde (5). Ved innleggelse var median alder 31 år. Det var 7 % som hadde tatt livet sitt, omtrent halvparten ved forgiftning, resten ved hardere metoder. Risikoen for selvmord var 36 ganger høyere enn forventet i første femårsperiode, og 23 i siste. Risikoen for død var seks ganger høyere i første periode og tre i siste. Selv om risikoen både for selvmord og død var noe høyere i første femårsperiode sammenliknet med siste, var den betydelig forhøyet i hele perioden. I en 15 års oppfølging fra Trondheim var 33 % av mennene og 24 % av kvinnene døde (6), noe som bekrefter den alvorlige prognosen. Det er vanskelig å tenke seg noen medisinsk tilstand med tilsvarende dødelighet hvor oppfølgingen er så tilfeldig som etter selvpåført forgiftning.

Tiltak i somatisk avdeling

Siden 1979 har praksis ved Ullevål universitetssykehus vært at pasienter som innlegges pga. selvpåført forgiftning, vurderes av psykiater eller sosionom med henblikk på selvmordsrisiko, kartlegging av aktuelle problemer og henvisning til videre oppfølging. Vurderingen bør som hovedregel gjøres når pasienten er tilstrekkelig klar og våken etter forgiftningen. Hvis det imidlertid foreligger akutt selvmordsfare, psykose, utagering eller andre problemer mens pasienten fortsatt er påvirket av medikamenter eller rusmidler, kan det være nødvendig med øyeblikkelig psykiatrisk vurdering. Sosionomen kan ikke foreta den endelige vurdering av selvmordsrisiko, slik at en tentativ vurdering må verifiseres av lege. Det er viktig å ha rutiner, helst skriftlige, hvor det fremgår hvordan man skal gå frem i forhold til pasientene, og med praktiske retningslinjer ved innleggelse i psykiatrisk avdeling eller ved henvisning til annen oppfølging. I tillegg er det hensiktsmessig med retningslinjer for hvordan transport av suicidale eller psykotiske pasienter bør gjennomføres. Som ho-

vedregel bør disse ha følge av en fra avdelingen. I situasjoner hvor det kan være nødvendig å bruke makt, må politiet hjelpe til.

Hvis pasienten vil, er det ofte nyttig å invitere familiemedlemmer til samtaler. Det kan gi nyttig informasjon, pasienten kan oppleve viktig støtte, eller aktuelle konflikter kan tas opp med en fagperson til stede. Pasienter med selvmordsatferd kan vekke reaksjoner hos de ansatte, slik som maktesløshet, fortvilelse, overidentifisering eller sinne, og det kan oppstå uenighet om strategier og holdninger. Faglige møter og veiledning er derfor nødvendig for å holde høy faglig standard. Mork og medarbeidere fant at to tredeler av somatiske sykehus har rutinemessig psykiatrisk vurdering og henvisning, men at bare halvparten hadde systematisk trening av de ansatte, slik at det er klare forbedringsmuligheter (7).

Vurdering av selvmordsfare

Vurdering av selvmordsrisiko hører med til de vanskeligste oppgaver i medisinen og psykiatrien (8). Det må foretas og journalføres en bevisst vurdering av selvmordsfare og ev. psykose (ramme 1). Enhver lege må kunne foreta en vurdering av selvmordsfare. I mer kompliserte tilfeller kan det være nødvendig med spesialistkompetanse. Dette er særlig aktuelt i selvmordskriser.

Det er noen risikofaktorer som særlig må vektlegges i vurdering av selvmordsfare, både på gruppenivå og på individnivå. På gruppenivå er det særlig risiko ved alvorlig depresjon, personlighetsforstyrrelse (spesielt ustabil type), alkohol- og annet rusmisbruk og ved noen psykotiske tilstander (9). Dette gjelder spesielt ved affektive former og ved imperative hallusinasjoner. Blant de psykososiale risikofaktorer er krisesituasjoner vanlig (10). Det kan være mange årsaker til kriser, men det vanligste er at de er knyttet til partnerforhold og nære familiemedlemmer. Yrkesmessige, sosiale, økonomiske eller andre årsaker til avvisning og utstøtning er også vanlige. Når det gjelder somatiske årsaker til selvmord, er det særlig tilstander som er forbundet med smerte og/eller tap av autonomi som gir høyere risiko (11).

Selv om det er viktig å være klar over risikofaktorene for selvmordatferd på gruppenivå, er det nødvendig også med mer individuell vurdering. Det foreligger ikke systematisk vitenskapelig kunnskap om dette, likevel nevnes noen faktorer som er basert på kliniske erfaringer. Tydelig kommunikasjon er nødvendig, og det må spørres eksplisitt om selvmordstanker. Dette øker ikke risikoen for selvmord med mindre spørsmålene stilles på en krenkende måte. Opplevelse av en uutholdelig psykisk smerte er vanlig. Det er et samsvar mellom graden av planlagt fysisk skade og styrken i de selvdestruktive impulsene. Ved tanker om å skyte seg, hoppe fra stor høyde, hengning eller inntak av store mengder giftige stoffer er således selv-

Ramme 1

Tiltak ved selvpåført forgiftning

- Vurderingen må finne sted i en skjermet situasjon med nok tid til fortløpelig samtale
- Psykiske, somatiske og sosiale helseproblemer må kartlegges
- Selvmordsrisiko, rusmisbruk og tilstedeværelse av psykose må kartlegges og dokumenteres
- Situasjonen som førte til den selvpåførte forgiftningen kartlegges
- Risikofaktorer for selvmord og faktorer som kan beskytte mot dette kartlegges
- Pasienter som ikke innlegges i psykiatrisk avdeling må henvises til snarlig poliklinisk oppfølging

mordsrisikoen høyere. Tidligere selvmordsforsøk er en svært viktig risikofaktor for selvmord. Selvmord i slekten kan være knyttet til både genetiske faktorer og sosial læring. Hvis tanker om døden oppleves som en lettelse, er det også et faresignal. Det gjelder enten det er for pasienten selv eller tanker om at det ville være en lettelse for de etterlatte. Et faktisk tap er ofte vanskeligere å mestre enn trussel om tap, hvor det fortsatt er muligheter for å påvirke situasjonen. Hvis en kjæreste truer med å bryte forholdet, kan en forgiftning være et forsøk på å holde på vedkommende. Ved brudd er tapet en realitet. Hvis det foreligger avskjedsbrev eller vedkommende har tatt spesielle forholdsregler for ikke å bli funnet, viser det alvoret i et forsøk og at det har vært nøye planlagt. Opplevelse av håpløshet og mørke er også risikofaktorer.

Det er nylig kommet retningslinjer for hvordan man bør forholde seg til selvmordstruede som behandles i psykisk helsevern (9). Mange av tiltakene kan integreres i retningslinjer for somatiske avdelinger.

Oppfølging etter utskrivning

Vurderingen som foretas i en somatisk avdeling, hvor pasienten blir beskyttet og ivaretatt, kan være for optimistisk. Situasjonen kan fort endre seg etter utskrivning, både fordi pasienten kan komme tilbake til uløste konflikter og fordi andre risikofaktorer, som bruk av rusmidler, kan medføre en aktivisering av problemene. Dette gjelder også etter utskrivning etter opphold i psykiatrisk avdeling. Derfor er det viktig med ny vurdering kort tid etter utskrivning både med henblikk på selvmordsfare og for å styrke behandlingsalliansen. Det anbefales poliklinisk oppfølging av fastlege eller spesialisthelsetjeneste i løpet av en uke (12), både for å gjøre ny vurdering og for å styrke pasientens motivasjon (ramme 1). I praksis kan det ofte

gå betydelig lengre tid. Det svekker tilliten til behandlerne hvis det ikke reageres når man befinner seg i en livstruende tilstand.

Det har vært store forbedringer når det gjelder systematisk vurdering og henvisning av pasientene etter innleggelse for selvpåført forgiftning i Norge de senere årene. Når det gjelder den videre oppfølging mangler mye kunnskap, og spesielt mangler det forskning for å kartlegge hvordan oppfølgingen er med hensyn til varighet og kvalitet og hvilken oppfølging som fungerer best. I Bærum har man lenge hatt en spesiell oppfølging av pasienter med selvmordsatferd som ikke trenger akuttpsykiatrisk intervensjon, den såkalte Bærumsmodellen (13). Kvalifiserte helse-søstre følger systematisk opp pasientene og henviser til riktig instans. Denne modellen er egnet i kommuner av Bærums størrelse, men kan også tilpasses til andre kommuner. Indirekte evidens tyder på at selvmordsatferden er redusert som følge av tiltaket (14).

Mye tyder på at presset på de distriktpsykiatriske sentrene er så stort at det er vanskelig å gi et så langsiktig tilbud som det er behov for. Det ligger vanligvis så langvarige og omfattende problemer til grunn for selvmordsatferd og rusmiddelproblemer at korte

intervensjoner kan ha en dokumentert kortvarig effekt, men denne kan være symptomatisk og forbigående hvis det ikke også blir gjort noe med de bakenforliggende problemene. I mange tilfeller er det behov for samordnet hjelp fra flere instanser. Her har trolig fastlegene en rolle og mulighet som nok har vært undervurdert.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J et al. Villet egenskade blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2241–5.
2. Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. Selvpåførte forgiftninger behandlet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1798–800.
3. Hovda KE, Bjornaas MA, Skog K et al. Acute poisonings treated in hospitals in Oslo: a one-year prospective study (I): pattern of poisoning. Clin Toxicol 2008; 46: 35–41.
4. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Hovda KE et al. Acute poisonings treated in hospitals in Oslo: a one-year prospective study (III): clinical outcome. Clin Toxicol 2008; 46: 42–9.
5. Bjornaas MA, Jacobsen D, Haldorsen T et al. Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: a 20-year follow-up. Clin Toxicol 2009; 47: 116–23.
6. Rygnestad T. En 15-årsoppfølging etter akutt selvpåført forgiftning. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3065–9.
7. Mork E, Ekeid G, Ystgaard M et al. Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1038–43.
8. Retterstøl N, Mehlum L, Ekeberg Ø. Selvmord: et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2002: 201.
9. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. BMJ 2008; 337: a2205.
10. Sunnqvist C, Westrin A, Träskman-Bendz L. Suicide attempters: biological stressmarkers and adverse life events. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; 258: 456–62.
11. Hartkopp A, Brønnum-Hansen H, Seidenschnur AM et al. Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 1356–61.
12. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2008. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00036/IS-1511_Selvsmord_kor_36439a.pdf (14.11.2008).
13. Selvmordsforebyggende arbeid: Bærumsmodellen. Utredningsserie 4–94, IK-2456. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.
14. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. Suicide Life Threat Behav 2000; 30: 61–73.

Manuskriptet ble mottatt 30.9. 2008 og godkjent 2.3. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.