

Medisinsk behandling av akutte selvpåførte forgiftninger blir stadig mer effektiv. Fortsatt er det mangler i den psykososiale oppfølgingen

## Når noen skader seg med vilje

Villet egenskade er en handling med selvpåført skade i form av forgiftning eller fysisk skade som ikke ender med døden. Hensikten med handlingen har altså vært å skade seg selv, ikke nødvendigvis å dø. I motsetning til hva som er tilfellet ved fullførte selvmord, mangler vi norske landsdekkende data som kan gi oss en oversikt over problemets omfang over tid. Våre kunnskaper hviler derfor på epidemiologiske studier i den generelle befolkning og på registreringsforsøk i ulike deler av helsevesenet. Studier som den Tarjei Rygnestad & Øystein Fagerhaug presenterer i dette nummer av Tidsskriftet (1) er derfor meget verdifulle. Forfatterne har fulgt utviklingen siden 1978 og kan vise at mens det var en økning i forekomst av innleggelse etter selvpåførte forgiftninger i Trondheims-området frem til 1987, var det deretter en betydelig reduksjon frem til 2002. Denne utviklingen er nokså parallell til endringene i selvmordsraten i samme tidsrom og er påvist også i andre deler av landet (2) og i andre europeiske land.

Reduksjonen i antall sykehusinnleggelse etter selvpåført forgiftning er gledelig. Nyere epidemiologiske studier tyder imidlertid på at forekomsten av villet egenskade er større enn det som blir registrert. I en studie av Ystgaard og medarbeidere rapporterte 6,6 % av ungdommer i videregående skole én eller flere episoder med villet egenskade i løpet av ett år (3). Bare et lite mindretall (14,7 %) av disse hadde vært i kontakt med sykehus. Det betyr at vi fortsatt har store utfordringer i å forebygge villet egenskade i befolkningen, og problemet kan ikke løses ved sykehusbasert intervensjon alene.

Det er likevel meget betryggende at behandlingen av selvpåført forgiftning ved våre sykehus er så god som studien til Rygnestad & Fagerhaug tyder på. I pasientmaterialet fra 2002 var det ikke registrert noen dødsfall blant pasientene, i motsetning til i de tidligere periodene. Et ganske annet spørsmål er om det gis god nok psykiatrisk behandling ved de somatiske sykehusene og i hvilken grad pasientene følges opp etter utskrivning. Det er en betydelig tendens til ny selvskading og fullført selvmord blant pasienter som har vært innlagt for villet egenskade (4). Mye oppmerksomhet har derfor vært viet etableringen av bedre psykiatrisk diagnostikk, behandling og kontinuitet i oppfølgingen av denne pasientgruppen. Det er fastsatt nasjonale standarder på området (5). En undersøkelse fra 2001 viste likevel at bare 40 % av landets somatiske sykehus med akuttfunksjon hadde etablert tilstrekkelige rutiner og tiltak som sikret at disse pasientene faktisk blir fulgt opp i tiden etter utskrivning (6). Her er det altså langt igjen til vi kan si oss fornøyd.

Ved mange medisinske avdelinger gjør man en god jobb når det gjelder å foreta psykiatrisk vurdering og nødvendig kriseintervensjon i tillegg til den livreddende toksikologiske behandlingen. Det svake leddet i behandlingsskjeden er selve utskrivningsfasen, der ansvaret for pasienten som regel må overføres til fastlege, praktiserende spesialist, distriktspsykiatrisk senter, rusomsorg eller liknende. Det er ikke tilstrekkelig at utskrivende lege gir pasienten en henvisning med på veien, det viser seg at selv med henvisning er det mange som ikke får nødvendig oppfølging og behandling. Dette kan skyldes forhold som ligger hos pasienten selv, som depresjon, passivitet, skamfølelse eller skyldfølelse, men også forhold i selve behandlingsapparatet, slik som høye terskler, lav bruker-vennlighet, avvissende holdninger hos behandlere eller liknende,

kan spille inn på en negativ måte. Resultatet er at pasientene ofte dropper ut, om de i det hele tatt har fått et behandlingstilbud. Ved mange sykehus har man ingen systematisk oversikt over hva som har skjedd med pasientene etter utskrivning.

I løpet av det siste tiåret har vi hatt gode erfaringer med å etablere behandlingsskjedetiltak etter mønster av den såkalte Bærumsmodellen (7). Denne modellen forutsetter avtalt samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste om oppfølging av pasientene. Koordinator ved sykehuset sikrer at informasjon om pasienter innlagt for villet egenskade, etter samtykke, blir raskt overført til tilsvarende koordinatorene eller team i kommunehelsetjenesten. Kommuneleddet i denne behandlingsskjeden har ansvar for å etablere kontakt med pasienten tidlig etter utskrivning og å gi støtte i den viktige fasen der oppfølgende behandling ennå ikke er etablert. Dersom pasienten ikke dukker opp til avtaler, kan kommuneteamet gjøre hjemmebesøk, ledsage pasienten til behandlingsavtaler eller iverksette andre tiltak etter individuell vurdering. Arbeidet med å koordinere oppfølgingen av slike pasienter er forholdsvis lite ressurskrevende både økonomisk og personellmessig, og denne virksomheten kan kombineres med liknende oppgaver i kommunens hjelpeapparat. Det dreier seg her ikke om en særomsorg for suicidale pasienter, men om et enkelt system som sikrer en sårbar gruppe et behandlingstilbud de har forutsetninger for å nyttiggjøre seg.

Den akutte behandlingen ved villet egenskade har god kvalitet ved norske sykehus. Den blir imidlertid ikke fullverdig uten en mer systematisk oppfølging av pasientene etter utskrivning.

### Lars Mehlum

*lars.mehlum@medisin.uio.no*

*Lars Mehlum (f. 1956) er spesialist i psykiatri, dr.med. og leder for Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo og professor i suicidologi samme sted.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

- Rygnestad T, Fagerhaug Ø. Akutte selvpåførte forgiftninger i Trondheims-området 1978–2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2736–9.
- Dieserud G, Loeb M, Ekeberg Ø. 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.
- Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J et al. Villet egenskade blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2241–5.
- Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. Br J Psychiatry 2004; 185: 70–5.
- Statens helsetilsyn. Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid: samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Utredningsserie 3–01, IK-2743. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
- Mork E, Ekeid G, Ystgaard M et al. Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1038–43.
- Statens helsetilsyn. Selvmordsforebyggende arbeid: Bærumsmodellen. Utredningsserie 4–94, IK-2456. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.