

Pasienter i krise

Hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er det viktig å strukturere behandlingsopplegget. Ved Sykehuset Namsos har vi erfart at en strukturert tilnærming bedrer prognosen for denne gruppen pasienter i krise.

Behandling av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i krise er krevende. Pasienter med denne lidelsen har problemer med å nyttiggjøre seg behandlingsopplegg som ikke er klart definerte og forutsigbare (1). Innleggelse kan forverre prognosen (2, 3). Ved Seksjon for akuttpsykiatri ved Sykehuset Namsos har vi siden 2008 jobbet med å utarbeide og implementere en såkalt trappetrinnsmodell for krisehåndtering for denne gruppen pasienter (4). Modellen har tatt utgangspunkt i internasjonale retningslinjer (5, 6). Den er strukturert og består av fire trinn, med gradvis økning av inngripende tiltak (fig 1). Vi har bare brukt den på pasienter som er diagnostisert med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og som allerede er i et behandlingsforløp. Vår erfaring er at denne modellen gir gode resultater.

Trappetrinnsmodellen

I *1. trinn* anbefaler vi at pasienten i krise vurderes i primærhelsetjenesten. Dersom det ikke foreligger komorbiditet i form av åpenbar psykotisk tilstand eller alvorlig depresjon med selvmordsrisiko, er akutt-

psykiatriske intervensjoner ikke indisert. Pasientens kriseplan bør følges. Om ikke det finnes en kriseplan, bør det lages en. I Nord-Trøndelag har man utarbeidet en

«Vår erfaring er at denne modellen gir gode resultater»

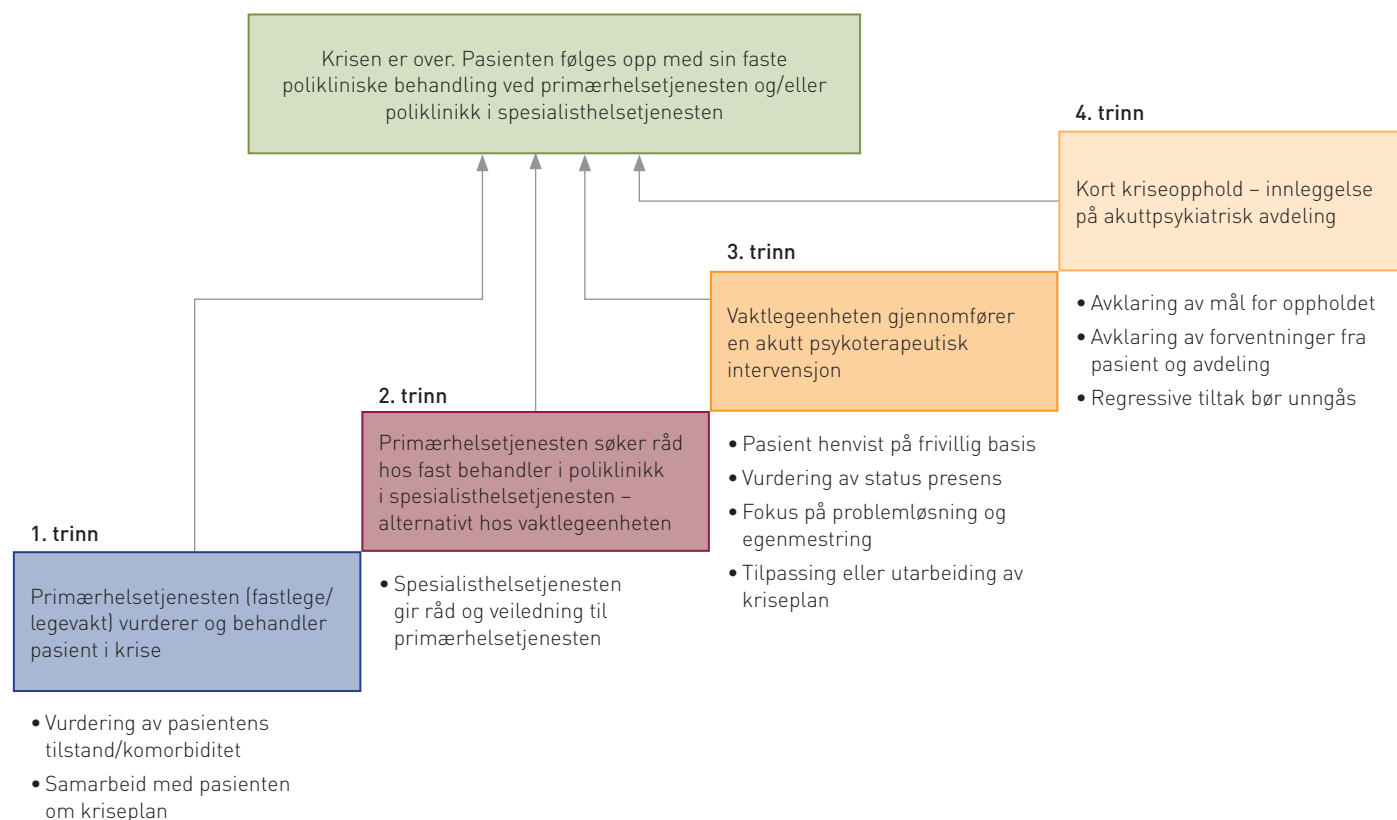
felles kriseplan (selvhjelpsplan) som er tilgjengelig for første- og annenlinjetjenesten (7). Dette kan gi grunnlag for økt mestring hos pasienten og i primærhelsetjenesten.

2. trinn: Ved mer uklare tilstander bør primærhelsetjenesten (fastlege/legevakt) konferere med spesialisthelsetjenesten for å få råd om hvordan man skal kartlegge den aktuelle tilstanden, dempe krisen og stimulere til mestring. Spesialisthelsetjenesten tilbyr oppfølgingskontakt med vaktlegeenhet. Der kan saken drøftes og intervensjon evalueres.

3. trinn: Hvis tiltak i primærhelsetjenesten ikke fører frem, kan pasienten få vurderingsamtaler ved psykiatrisk vaktlegeenhet. Her vil man kartlegge situasjonen og gjennomgå pasientens kriseplan. Oppmerksomheten vil være rettet mot å redusere pasientens kontrolltap og opplevelse av krise. Kriseplanen bør brukes aktivt. Pasienten bør engasjeres i egen behandling, og man vil forsøke å involvere pårørende.

4. trinn: Bare dersom tiltakene i trinn 1, 2 og 3 ikke har ført frem, vil det være aktuelt å tilby pasienten et kort kriseopphold. I så fall bør man sammen med pasienten lage et mål for oppholdet. Som hovedregel er et kriseopphold av tre dagers varighet, og fortrinnsvis uten bruk av restriktive tiltak som skjerming etc. Under oppholdet vil man arbeide aktivt med å utarbeide, ev. tilpasse en kriseplan. Det vil ikke gjennomføres noen endringer av allerede etablert poliklinisk behandlingssopplegg.

Etter at vi innførte denne modellen, har vi erfart en nedgang i antall innlagte pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Antall innleggelses gikk ned fra 20 i 2007 til tre i 2013, og gjennomsnittlig inn-



Figur 1 Trappetrinnsmodell for krisehåndtering av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

leggelsestid ble redusert fra 9,2 dager til tre dager. Antall reinnlagte pasienter gikk ned med åtte, og antall selvskadningsepisoder der pasienten trengte somatisk behandling gikk ned fra seks til tre tilfeller. Vi erfarer at dette samlet sett har vært en god prosess for oss og at trenden er tydelig.

Fra krisemaksimering til kriseminimalisering

Vår erfaring er at trappetrinnsmodellen synes å ha positive effekter som færre innleggelser, kortere innleggelsestid, mindre restriktive tiltak samt mer fokus på samhandling og langsiktig psykotераpeutisk behandling. Vi håper at andre kan bli inspirert til å innføre tilsvarende opplegg. Hovedmålet med trappetrinnsmodellen er å understøtte den langsiktige polikliniske psykotераpeutiske behandlingen, men vi tror at et slikt strukturert opplegg også vil sette primærhelsetjenesten bedre i stand til å håndtere disse utfordrende problemstillingene i en travel hverdag.

Sara Germans Selvik
Grethe S. Torvin
Ingun Haug
 ingun.haug@hnt.no
Eivind Olav Kjelbotn Evensen
Hanne Indermo Solhaug

Sara Germans Selvik (f. 1972) er spesialist i psykiatri, overlege ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos og ph.d. på temaet screeninginstrumenter for personlighetsforstyrrelser. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Grethe S. Torvin (f. 1976) er klinisk barnevernspedagog ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ingun Haug (f. 1960) er psykiatrisk sykepleier/fagkonsulent ved Forsknings- og fagutviklingsenheten, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eivind Olav Kjelbotn Evensen (f. 1976) er psykiologspesialist og psykologfaglig rådgiver ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hanne Indermo Solhaug (f. 1981) er lege i spesialisering i psykiatri og konstituert overlege ved Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Derksen JLL, Bender J, Rovers J. De psykologiske behandlingen van borderline patient. I: Derksen JLL, Groen H, red. Handboek voor de behandeling van borderline patienten. Enschede: Elsevier, 1998.
2. Stangeland T. Når sikreste behandling ikke er beste behandling. Tidsskr Nor Psykol Foren 2012; 49: 139–44.
3. Larsen K. Antiterapeutiske effekter ved selvmordsforebyggende tiltak. Oslo: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, RVTS Øst, 2010.
4. Germans S, Haug I, Kjelbotn Evensen EO et al. Fra krisemaksimering til kriseminimalisering. Modell for håndtering av akutt krise og kronisk suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Suicidologi 2013; 18: 23–9.
5. NICE-Guidelines. <http://publications.nice.org.uk/borderline-personality-disorder-cg78> (14.8. 2014).
6. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
7. Selvhjelpsplan. www.hnt.no/NordTrondelag/Bilder/Selvhjelpsplan%20-%20Kriseplan%20versjon%20august%202012.pdf (14.8.2014).

Mottatt 28.3. 2014, første revisjon innsendt 12.5. 2014, godkjent 14.8. 2014. Redaktør: Anne Kveim Lie.

Publisert først på nett.