

FAGUTVIKLING

Ny akuttpsykiatrisk behandling ga fornøyde pasienter og redusert selvskading

Sykepleiere på Ullevål sykehus har fått større ansvar i behandlingen av pasienter som sliter med selvmords- og selvskadingsproblematikk. Behandlingen blir kalt «Krisepakke».

Astrid Oselie Subra

Psykiatrisk sykepleier
Akuttpsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Brynhildur Ólafsdóttir

Sykepleier
Akuttpsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Selv mord

Selvskading

Akuttpsykiatri

Krise

Stabiliseringsopphold

Sykepleien 2023;111(90565):e-90565

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.90565](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90565)

Hovedbudskap

Akuttpsykiatrisk mottak på Ullevål sykehus har utviklet og innført en ny systematisk tilnærming til pasienter i krise med selvmords- og selvskadingsproblematikk. Pasienter med behov for korte stabiliseringsopphold får nå et strukturert og kvalitetssikret behandlingsopplegg. Avdelingen har fått et kompetanseløft, og sykepleierne har fått større ansvar for behandlingen. Vi ser lite selvskading under innleggelsen, vi har få vanskelige utskrivelser, og pasientene er mer fornøyde.

Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) sliter med å regulere følelsene sine. Mange sliter med tilbakevendende selvmords- og selvskadingsproblematikk. De har gjerne intense følelssvingninger, relasjonelle utfordringer, høy grad av impulsivitet og et vedvarende smalt toleransevindu (1).

Det kan føre til kriser, ofte ledsaget av selvskadings- eller selvmordsatferd (2). Vi snakker om en stor gruppe pasienter, som utgjør en betydelig belastning på helsetjenesten (3) og har forhøyet risiko for selvmord (4).

Flere gode behandlingsmetoder finnes for denne pasientgruppen, som dialektisk atferdsterapi (DBT), mentaliseringsterapi, STEPPS, som står for *systems training for emotional predictability and problemsolving* (5), og skjemabasert terapi.

Kontinuitet og god allianse med behandler er vesentlig. Det er anbefalt at man i størst mulig grad unngår innleggelse i døgnenheter. Det kan føre til negativt samspill mellom pasienten og personalet eller medpasienter, avbryte polikliniske forløp og redusere prognosen på sikt (6). Den suicidale krisen kan bli så stor at det likevel kan bli nødvendig med akutte innleggelser (7).

«Personalgruppen manglet kunnskap om pasientene.»

I en suicidal krise er pasienten destabilisert og trenger forutsigbarhet og et klart definert behandlingsopplegg (7). Struktur og ivaretagelse av grunnleggende behov er viktig for å gjenoppnå stabilitet. Helsepersonell trenger kunnskap om pasientgruppen for å ivareta den terapeutiske relasjonen som er avgjørende for behandlingen (8).

På vår avdeling utgjør denne gruppen 30 prosent av alle innleggelser. Disse pasientene var også minst fornøyd med behandlingen da vi undersøkte pasienttilfredshet (9). Vi hadde ikke et kvalitetssikret behandlingsopplegg for denne pasientgruppen, og pasientene fikk tilfeldig og personavhengig behandling.

Personalgruppen manglet kunnskap om pasientene, og det var uenighet om tilnærmingen. Noen opplevde at den etablerte måten å møte pasientene på var kald, avvisende og manglet omsorg. Andre fryktet overinvolvering og et ensidig søkelys på ansvarliggjøring.

Behandlingen fikk navnet «Krisepakke»

I juni 2019 etablerte vi en tverrfaglig prosjektgruppe med mål om å få til et behandlingsløft. Vi søkte opp nyere, relevante fagartikler, fordypet oss i temaet og inviterte inn brukerrepresentanter som fortalte om sine erfaringer fra opphold på akuttpsykiatrisk avdeling.

Vi holdt refleksjonsmøter med gjennomgang av typiske pasientforløp. Hovedutfordringene vi identifiserte, var en gjennomgående mangel på forutsigbarhet og innhold under innleggelsen, selvskading i avdelingen og vanskelige utskrivelser.

Pasientene hadde ofte forventninger om lengre innleggelse, mens vi hadde en klar mening om at korte stabiliseringsopphold var bedre behandling. Resultatet ble ofte at pasientene ikke følte seg tatt på alvor. De ble ytterligere destabilisert og opplevde nye kriser.

Vi lot oss inspirere av anerkjente behandlingsmetoder og utarbeidet et strukturert behandlingsopplegg tilpasset rammene ved en akuttpsykiatrisk avdeling. Behandlingen fikk navnet «Krisepakke – Ullevålmodellen for pasienter i krise», til daglig kalt «Krisepakke». Under veiledning av en spesialist i psykiatri fikk sykepleierne hovedansvaret for gjennomføringen og evaluering av den nye behandlingen.

«Målet med krisepakken er å stabilisere en akutt krise.»

Målet med krisepakken er å stabilisere en akutt krise, slik at suicidrisiko eller trang til selvskading minimeres raskest mulig. Pasientene har behov for å gjenoppnå kontroll, komme tilbake til hverdagen og nyttiggjøre seg en pågående poliklinisk behandling (1).

FAKTA

Hovedelementene i krisepakken

- Avklaring av rammer før innleggelsen
- Innkomstsamtale med lege
- Krisesamtale 1: Empatisk lytting og validering
- Krisesamtale 2: Planlegging av innleggelsen forventningsavklaring
- Dags- og kveldsplaner
- Kriseplan
- Evaluering

Ved henvendelser fra innleggende instans sørger vakthavende lege på akuttmottaket for å formidle rammene for innleggelsen, som har en forventet varighet på en til to dager. Pasienten skal bli informert om dette i forkant av innleggelsen, og vedkommende bør komme frivillig.

To krisesamtaler gjennomføres med sykepleier

Etter en ordinær innkomstsamtale med lege blir det gjort en individuell vurdering av selvmordsrisiko. Vi forsøker så langt det lar seg gjøre å unngå for restriktive rammer. Hensikten er å fremme pasientens autonomi og støtte pasienten i å ta ansvar for eget liv.

To samtaler med sykepleier gjennomføres helt i starten av oppholdet. I krisesamtale 1, som varer i 30 minutter, skal sykepleieren være en aktiv lytter og validere pasienten. Pasienten får anledning til å fortelle fritt hva vedkommende står i. Målet er at pasienten skal føle seg sett og få dempet sitt emosjonelle trykk.

Etter en kort pause gjennomfører vi krisesamtale 2, også denne på 30 minutter. Pasienten får anledning til å si hva vedkommende tror kan hjelpe. Her legger vi planer, avklarer forventninger og orienterer om behandlingen under oppholdet. Vi informerer om at uforutsette ting kan oppstå på et travelt akuttmottak: Alarmer kan gå, og det kan bli endringer i planer. Informasjonen er viktig for å skape en viss forutsigbarhet.

«Vi jobber med kriseplanen gjennom hele oppholdet.»

Videre består behandlingen av strukturerte dager hvor grunnleggende behov blir ivaretatt. Ved hjelp av dags- og kveldsplaner får pasientene støtte til måltidsrytme, søvnhygiene og balanse mellom aktivitet og hvile. Vi jobber med kriseplanen gjennom hele oppholdet for å hjelpe pasienten til å identifisere egne varselsignaler og mestringsstrategier.

Vi arrangerte et fagseminar for alle ansatte for å få bedre forståelse av pasientgruppen. En brukerrepresentant fortalte om egne erfaringer, og vi hentet inn eksterne fagfolk som underviste om pasientgruppen og DBT-behandling. Deretter ble det utarbeidet et undervisningsopplegg for sykepleiere og leger.

Undervisningen ble fulgt opp med veiledning individuelt, i grupper og spontant ved krevende situasjoner. Vi laget undervisningsfilmer og informasjonsbrosjyrer til pasienter og samarbeidspartnere.

Det er utfordrende å gjøre krisepakken kjent blant leger

Forutsigbarhet er svært viktig for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg et akutt stabiliseringsopphold (7). Der pasientene tidligere kom med forventninger om lange innleggelse, avklarer vi nå tidligst mulig rammene for og lengden av oppholdet.

På den måten kan pasientene ta stilling til om de ønsker å takke ja til tilbudet. Et slikt aktivt valg gjør pasienten mer mottakelig for behandlingen som tilbys.

Utskrivelsesdagen kommer ikke som en overraskelse, og man kan unngå nye kriser.

For å kunne oppnå en slik forutsigbarhet er det en forutsetning at henvisende og mottakende instans identifiserer pasientgruppen og har kunnskap om behandlingsopplegget. Det er en utfordring å gjøre krisepakken kjent blant stadig nye leger med vaktansvar på akuttavdelingen og blant en rekke ulike henvisende instanser i Oslo.

Noen blir fortsatt søkt innlagt til tvungen observasjon. Det gir et dårligere utgangspunkt for en behandlingsallianse og ansvarliggjøring. Pasienter kan likevel få denne behandlingen, selv om vi ikke klarer å få til en forutsigbarhet eller frivillighet så tidlig som vi skulle ønske.

En stor del av ansvaret for gjennomføringen av behandlingen hviler på sykepleierne som er nær pasientene hele døgnet. Sykepleierne har god kompetanse på å ivareta grunnleggende behov, kommunikasjon og relasjonsbygging (8). Vi har erfart at det er nettopp dette pasientene trenger i en akutt krise.

Vi har en felles forståelse av pasientene

For å kunne ta et større behandlingsansvar har det vært viktig at sykepleierne forstår pasientgruppen godt og føler seg trygge på behandlingen. Økt kunnskap om EUPF fører til større forståelse for pasientene, bevissthet rundt egne følelsesmessige reaksjoner og terapeutiske utfordringer i møte med pasientene, noe som igjen leder til bedre holdninger (10). Det viser også erfaringer etter kompetanseløftet i vår avdeling.

Tidligere opplevde vi en del negative holdninger blant sykepleierne og andre ansatte. Det var ikke uvanlig å høre uttalelser om at enkelte pasienter ikke burde være innlagt, at de tok plassen fra andre, at de var manipulerende og bare ute etter oppmerksomhet.

Systematisk undervisning og veiledning av sykepleiergruppen har ført til et kunnskapsløft og en holdningsendring. Nå har vi en felles forståelse av pasientene, drar i samme retning og opplever behandlingen som meningsfull.

Tilbakemeldinger fra brukerrepresentanter viser at mange har opplevd at personalet ikke forstår hvor vanskelig de har det, at de ikke får nok tid til å snakke om det som er viktig for dem. En validerende samtale helt i starten av oppholdet møter dette behovet. Når pasienten får snakke fritt, og sykepleieren bruker kommunikasjonsteknikker som aktiv lytting og validering, erfarer vi at lidelsestrykket dempes.

«Pasientene vet ofte selv hva som hjelper og ikke hjelper.»

Samtalen gir et godt utgangspunkt for en felles forståelse, og det skaper et grunnlag for relasjonsbygging og videre behandling. En del pasienter bruker selvskading for å kommunisere hvor vanskelig de har det (11).

Vi opplever krisesamtale 1 som sentral for å redusere selvskading i avdelingen. Det kan imidlertid være en krevende samtale å ha. Mange pasienter har erfart avvisning, opplevd stigma og sliter med å ha tillit oss.

Pasientene vet ofte selv hva som hjelper og ikke hjelper, og denne erfaringen utforsker vi i krisesamtale 2. Slik får pasienten en aktiv rolle i egen behandling, som blir individualisert innenfor krisepakkenes rammer.

Krisesamtalene legger et godt grunnlag

Det kan være utfordrende å få tid og ro til å gjennomføre slike samtaler i en travel mottakspost, men vi har gjort det til en prioritet, på linje med annen viktig behandling. Vi ser at når vi bruker tid på disse samtalene, så legger vi et godt grunnlag for at resten av oppholdet blir nyttig for pasienten.

I en krisetilstand med høy aktivering er støtte til ivaretagelse av grunnleggende behov som søvn, mat og hvile helt essensielt (12). Dags- og kveldsplan er et nyttig verktøy for å ta hånd om grunnleggende behov, og det er derfor en sentral del av behandlingen hos oss.

Det kan fremstå litt banalt for noen, men når vi mot slutten av innleggelsen evaluerer behandlingen sammen med pasienten, er det nytten av dags- og kveldsplaner som ofte trekkes frem.

Det er viktig at sykepleierne innser hvor avgjørende dette er. På den måten kan de med faglig tyngde motivere pasientene til å jobbe aktivt med å gjenvinne en struktur som ofte blir borte i en krise. Vi har god erfaring med bruk av toleransevinduet i psykoedukasjon. Det er et godt verktøy for å forstå egne følelsesmessige svingninger og hvordan faktorer som søvn, mat og rus påvirker.

En omfattende prosess ligger bak krisepakken

Parallelt med å stabilisere den pågående krisen arbeider vi med å forebygge eller begrense fremtidige kriser. «Kriseplan» er ikke et nytt redskap, og mange har slike fra før. Etter behandlingsløftet arbeider sykepleier og pasient systematisk gjennom hele innleggelsen med å reflektere over og utforske individuelle varselsignaler.

Pasienten får sjansen til å teste ut mestringsstrategier i trygge omgivelser. Prosessen med å arbeide frem en kriseplan opplever vi som viktigere enn selve sluttproduktet. Vi erfarer at jo oftere man arbeider med en kriseplan, desto lettere er det å internalisere innholdet og ha nytte av den.

Innføringen av krisepakken har vært en omfattende og tidkrevende prosess. Vi, prosjektlederne, gjennomførte det meste av opplæringen og veiledningen av både sykepleiere og LIS-leger mens vi var på jobb. Det skjedde mellom slagene, innenfor en tredelt turnus. Etter hvert har vi sett behovet for å få opplæringen inn i mer formelle rammer og få inn flere ressurspersoner som kan bidra i opplæringen.

«Det har vært nødvendig å ha engasjerte sykepleiere tilgjengelig.»

Vi erfarer at det har vært nødvendig å ha engasjerte sykepleiere tilgjengelig for å støtte opp under prosedyren. Det er viktig å sørge for at pasientene får den behandlingen som er bestemt, ettersom behandlingen er intensiv og kan være krevende å gjennomføre både for den enkelte sykepleier og innenfor rammene på et travelt akuttmottak.

Det har vært vesentlig med forankring i ledelsen for å få til et behandlingsløft. Sykepleierne har stått for prosjektledelse, implementering og organisering av jevnlig veiledning. Det har ført til at resultatet er praksisnært og oppleves nyttig.

«Krisepakke» startet som et prosjekt og har nå blitt etablert praksis hos oss. I utgangspunktet ble krisepakken utviklet for pasienter med emosjonsreguleringsvansker og EUPF, men vi erfarte raskt at denne tilnærmingen også er overførbar til andre pasienter som trenger korte stabiliseringsopphold, for eksempel pasienter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD), pasienter i livskriser eller andre akutte kriser.

Pasientene har fått et strukturert og kvalitetssikret behandlingsopplegg. Vi opplever svært lite selvskading, mer fornøyde pasienter og skånsomme utskrivelser. Personalet har en felles forståelse og tilnærming til pasientgruppen, og alle drar i samme retning.

Sykepleierne har fått økt behandlingsansvar og opplever mestring og stolthet. Der det tidligere var mye støy og uenighet, opplever ansatte nå at det spennende og motiverende å jobbe med denne pasientgruppen.

Vi ønsker å takke overlege Ingrid Dieset, som er faglig ansvarlig for prosjektet og har veiledet oss underveis.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



KOMPETANSELØFT: Pasientene var misfornøyde og sykepleierne frustrerte. Nå har sykepleier Brynhildur Ólafsdóttir (t. v) og psykiatrisk sykepleier Astrid Oselie Subra, begge ansatt ved akuttpsykiatrisk mottak på Ullevål sykehus, vært med på å utvikle en ny tilnærming til pasienter i krise. *Foto: Ingrid Dieset*

1. Nordanger DØ, Braarud HC. Reguleringsverktøy som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2014;51(7):530–6. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny> (nedlastet 14.11.2022).
2. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol*. 2021;37:139–44. DOI: [10.1016/j.copsyc.2020.12.007](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007)
3. Hastrup LH, Jennum P, Lbsen R, Kjellberg J, Simonsen E. Societal costs of borderline personality disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140(5):458–67. DOI: [10.1111/acps.13094](https://doi.org/10.1111/acps.13094)
4. Björkenstam C, Ekselius L, Berlin M, Gerdin B, Björkenstam E. Suicide risk and suicide method in patients with personality disorders. *J Psychiatr Res*. 2016;83:29–36. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2016.08.008](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.08.008)
5. Blum N, Pfohl B, John DS, Monahan P, Blacket DW. STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder – a preliminary report. *Compr Psychiatry*. 2002;43(4):301–10. DOI: [10.1053/comp.2002.33497](https://doi.org/10.1053/comp.2002.33497)

6. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511. Tilgjengelig fra: <https://tinyurl.com/4c5r4jwd> (nedlastet 24.11.2022).
7. Ekeberg Ø, Urnes Ø, Kvarstein EH, Eikenæs IU-M, Hem E. Patients with borderline personality disorder need tailored emergency care. Tidsskr Nor Legeforen. 2019;(15). DOI: [10.4045/tidsskr.19.0493](https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0493)
8. Romeu-Labayen M, Cuadra MAR, Galbany-Estragués P, Corbal SB, Palou RMG. Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. Int J Ment Health Nurs. 2020;29(5):868–77. DOI: [10.1111/inm.12720](https://doi.org/10.1111/inm.12720)
9. Færden A, Bølgen B, Løvhaug L, Thoresen C, Dieset I. Patient satisfaction and acute psychiatric inpatient treatment. Nord J Psychiatry. 2020;74(8):577–84. DOI: [10.1080/08039488.2020.1764620](https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1764620)
10. Romeu-Labayen M, Tort-Nasarre G, Cuadra MAR, Palou RMG, Galbany-Estragués P. The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship: the perspective of people diagnosed with BPD. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2022;29(2):317–26. DOI: [10.1111/jpm.12766](https://doi.org/10.1111/jpm.12766)
11. Edmondson AJ, Brennan CA, House AO. Non-suicidal reasons for self-harm: a systematic review of self-reported accounts. J Affect Disord. 2016;191:109–17. DOI: [10.1016/j.jad.2015.11.043](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043)
12. Enoksson M, Hultsjö S, Wärdig RE, Strömberg S. Experiences of how brief admission influences daily life functioning among individuals with borderline personality disorder (BPD) and self-harming behaviour. J Clin Nurs. 2022;31(19–20):2910–20. DOI: [10.1111/jocn.1611](https://doi.org/10.1111/jocn.1611)