

ERFARINGSOPSAMLING OM GODE METODER OG VIDEN OM INDSATSER MÅLRETTET MENNESKER MED SELVSKADENDE ADFÆRD

Afrapportering udarbejdet for
Sundhedsstyrelsen



21. december 2018

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Introduktion	1
2.	Viden fra forskning og svenske erfaringer med et nationalt projekt.....	2
2.1	Forskningsbaseret viden fra litteraturstudium	2
2.2	Svenske erfaringer med et nationalt projekt.....	7
3.	Indsatser i praksis	9
3.1	Formål og metode	9
3.2	Resultater.....	10
4.	Eksempler på gode metoder	16
4.1	Formål og metode	16
4.2	Eksemplerne i hovedtræk	16
5.	Perspektivering	22
5.1	Overordnede betragtninger på baggrund af erfaringsindsamlingen	22
5.2	Foreslåede tiltag	23

BILAG

Bilag 1. Viden fra forskning og svenske erfaringer med et nationalt projekt

Bilag 2. Undersøgelse af indsatser i praksis

Bilag 3. Eksempler på gode metoder målrettet mennesker med selvskadende adfærd

1. INTRODUKTION

Implement gennemfører på vegne af Sundhedsstyrelsen denne erfaringsopsamling om "gode metoder og viden om effektive indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd" som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021. Satspuljeaftalen omfatter initiativer til styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade samt afprøvning og evaluering af fremskudte regionale funktioner.

Baggrunden for at igangsætte erfaringsopsamlingen var, at der savnedes viden om gode metoder og indsatser til mennesker med selvskadende adfærd. Samtidig opleves antallet af personer med selvskadende adfærd at stige. Formålet er således at afdække viden om indsatser og konkrete tilbud til denne målgruppe i og uden for psykiatrien.

Erfaringsopsamlingen er gennemført som tre delundersøgelser i løbet af 2018, og for hver af dem er der udarbejdet selvstændige rapporter (bilag 1-3).

I denne samlede rapport uddrages de vigtigste resultater:

- Viden om effektive metoder – belyst gennem et litteraturstudium og et studiebesøg i Sverige (kapitel 2)
- Viden om praksis i kommuner, regioner, praksissektor, uddannelsesinstitutioner og frivilligorganisationer – belyst gennem en praksisundersøgelse med en kombination af forskellige metoder (kapitel 3)
- Eksempler på gode metoder – belyst gennem indhentning af case-beskrivelser (kapitel 4)

Med afsæt i erfaringsopsamlingen vurderer Implement den afdækkede praksis set i forhold til resultaterne af vidensafdækningen, som leder frem til en perspektivering med foreslåede tiltag (kapitel 5).

Denne rapport og delrapporterne er udarbejdet med inddragelse af en ekspertgruppe, som Implement har knyttet til erfaringsopsamlingen som helhed:

- Bo Møhl, professor ved Aalborg Universitet
- Erik Simonsen, forskningsprofessor ved Københavns Universitet
- Carsten René Jørgensen, professor ved Aarhus Universitet

Delundersøgelsesernes metoder og materialer er beskrevet i de respektive kapitler.

2. VIDEN FRA FORSKNING OG SVENSK ERFARING MED ET NATIONALT PROJEKT

I dette kapitel gengives hovedtrækkene fra rapporten (bilag 1), hvis formål er:

A. *At belyse og give et overblik over den forskningsbaserede viden om målgruppe, opsporing, indsatser og organisering gennem et litteraturstudium (kapitel 2.1). Det er ikke intentionen at redegøre detaljeret eller udtømmende for enkeltstudier eller deres generaliserbarhed.*

B. *At belyse erfaringer fra Sverige med et nationalt, flerårigt projekt, Nationella Självskadeprojektet, gennem desk research og et studiebesøg hos projektlederen Eva Klingberg (kapitel 2.2).*

2.1 Forskningsbaseret viden fra litteraturstudium

Der er foretaget en bred afsøgning af litteratur i danske og internationale databaser med henblik på at indsamle viden om gode og virksomme metoder samt om opsporingen af mennesker med selvskade.

Med rapporten søges at give et aktuelt overblik over forskningen i et fragmenteret felt. De fremhævede resultater støtter i vid udstrækning på de vurderinger, der er foretaget som led i større publicerede litteraturgennemgange. Derudover er suppleret med bidrag og vurderinger fra den tilknyttede ekspertgruppe.

Der har været to adskilte spor i søgestrategien, der har haft til formål i en dansk og international kontekst at belyse henholdsvis:

- Virksomme interventioner - og målgrupper for samme
- Tidlig opsporing og målgrupper i den tidlige opsporing

Der findes i dag en del forskning i fænomenet selvskade. Følgende er de centrale fund resumeret fra litteratursøgningen:

Definition af 'selvskade' i Danmark

Der anvendes i den internationale forskning forskellige definitioner af begrebet selvskade, hvilket er med til overordnet set at give et uklart billede af såvel forebyggelse, som behandling. Således er suicidal adfærd inkluderet i selvskade i nogle nationale definitioner, mens der andre steder sondres ud fra den bagvedliggende tilsigtede intention om selvmordsforsøg eller bevidst selvskade.

Definitionen af selvskade i Danmark følger standarden fra The International Society for the Study of Self-Injury, og afgrænses som følger:

'En bevidst handling foretaget med den tilsigtede hensigt at påføre sig selv direkte skade, som ikke er en socialt accepteret type af handling (fx tatovering eller piercing), og som er foretaget uden sucidale intentioner. Tilsigtet selvskadende adfærd omfatter adfærd, hvor personen påfører sin krop sår, smerter og skader'.

(Kilder: Møhl 2015, Møhl og Rubæk 2017 og DSM-5)

Indirekte selvskade fx gennem indtag af stoffer, misbrug af rusmidler eller spiseforstyrrelser indgår ikke i den generelt anvendte definition af selvskade i Danmark. Der ses samtidig forskelle i den kliniske og forskningsmæssige anvendelse af begrebet selvskade, og selv om det indgår i nogle diagnoselister, er selvskade ikke en selvstændig klinisk diagnose i Danmark. Det er dog den samme definition af selvskade, der ofte anvendes i Danmark og som nævnt ovenfor, som lægges til grund i DSM-5 kriterier, hvor ikke-suicidal selvskade er indført som en foreløbig international forskningsdiagnose.

I forskningen om selvskade, skelnes der mellem forskellige alvorlighedsgrader og typer af selvskade, hvorunder en væsentlig skelnen er mellem tvangsmæssig og impulsiv selvskade. Tvangsmæssig selvskade forekommer hos fx børn eller unge med autisme uden ydre anledning, men som en form for selvstimulation. Den impulsive selvskade er den hyppigste form og bruges oftest som affektregulering, selvstraf eller manglende forståelse af egne følelser. Der kan desuden skelnes mellem forskellige alvorlighedsgrader af impulsiv selvskade:

- 1) lettere eller mild selvskade, hvor vedkommende bruger få overfladiske selvskademetoder (fx hindre sårheling, påføre sig rifter eller overfladisk skade af huden)
- 2) middelsvær eller moderat selvskade, hvor der anvendes flere forskellige mere alvorlige selvskademetoder (fx at skære sig, brænde sig, slå sig selv med større kraft)
- 3) svær eller høj alvorlighedsgrad af selvskade, hvor den selvskadende adfærd forekommer hyppigt og fylder meget i dagligdagen.

Graden af alvor afgøres af omfanget af fysisk skade, hyppighed og anvendelse af flere forskellige metoder. Ved svær selvskade ses det desuden, at vedkommende indimellem kommer til at skade sig selv mere end intenderet samt udvikler afhængighed.

Med dette afsæt for forståelsen af definitionerne af selvskade præsenteres nedenfor litteraturstudiets fund i forhold til henholdsvis målgrupper, risikofaktorer, opsporing, interventioner, virksomme elementer og betydende faktorer i forhold til organisering.¹

2.1.1 Målgrupper

I megen forskning ses en jævnbyrdig forekomst af selvskadende adfærd blandt mænd og kvinder, men med en overrepræsentation af kvinder, hvis overdosis af medicin medtages som en type af selvskadende adfærd. Der ses en større andel af personer med selvskadende adfærd i den yngre del af befolkningen (Møhl 2016).

I Danmark er der undersøgelser, der tyder på, at mere end hvert femte barn i 9. klasse har skadet sig selv (Børnerådet 2016). Blandt de 22 pct., som i undersøgelsen angiver på et eller andet tidspunkt i livet at have skadet sig selv, er 2/3 piger, og 1/3 er drenge. I en anden undersøgelse er der indikationer på, at hver femte unge gymnasieelev har skadet sig selv, og af disse har hver ottende gjort det inden for det seneste år (Møhl & Skandsen 2012 i Møhl og Rubæk 2017). Den typiske debutalder er 12-16 år (Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2018). Den første større tyske undersøgelse af forekomsten af selvskade i befolkningen indikerer en tilsvarende tendens (Plener 2016). Der er begrænset viden om hyppigheden af selvskade med hensyn til forskellige grader af alvorlighed af selvskade. I store dele af verden vurderes forekomsten af selvskade i

¹ Viden om beskyttende faktorer, som også kunne have været relevant at gennemgå her, er meget begrænset, men det kan dog nævnes, at den omhandler evnen til at håndtere negative følelser og støtte fra familie eller socialt netværk (Klonsky & Glenn 2008).

befolkningen at være på samme niveau som i Danmark. Dog med det væsentlige forbehold, at der ingen steder er lavet solide opgørelser baseret på store datamaterialer, men afgrænsede studier med forskellige afgrænsninger og dataindsamlingsmetoder.

Det anslås, at mange personer udøver moderate og impulsive selvskader, og at det forekommer lige så hyppigt som spiseforstyrrelser.

Der ses en tendens til, at særligt unge mennesker tyer til selvskade som affektregulering som udtryk for regulering af følelser af skam, utilstrækkelighed eller frustration *uden* bagvedliggende diagnoser. Selvskade er dog også ofte forekommende i forbindelse med en bagvedliggende patologisk tilstand (Møhl 2016, Rubæk 2016).

Der ses samtidig en forskel mellem køn i metoden til at påføre selvskaden, hvor kvinder oftest påfører selvskade på kropsvæv ved at skære sig, imens mænd oftere slår eller brænder sig. Der formodes at være en potentiel sammenhæng mellem den konkrete metode til selvskade og den bagvedliggende årsag til de selvskadende handlinger.

Endelig ses det, at forekomsten af selvskadende handlinger er væsentligt større blandt psykiatriske patienter end i den øvrige befolkning, hvor der ses en særlig høj forekomst af selvskadende handlinger blandt psykiatriske patienter med personlighedsforstyrrelser. Da der ikke findes forebyggende metoder eller interventioner med et behandlingsmæssigt sigte målrettet netop selvskadende adfærd i Danmark, før patienterne kommer i psykiatrisk behandling, er det imidlertid uklart, hvorvidt en hyppigere forekomst af selvskade i dette segment skyldes en større tendens til selvskade – eller om det hænger sammen med de udfordringer, der er afdækket i forhold til opsporing forud for mødet med psykiatrien.

2.1.2 Risikofaktorer

Litteraturstudiet viser, at det er vanskeligt gennem forskningen at identificere stærke risikofaktorer for selvskadende adfærd (Fox og kollegaer 2015).

I tillæg til dette er det samtidig vanskeligt at pege på en udtømmende liste over potentielle faktorer, der kan medvirke til eller forårsage selvskade. Dog er den selvskadende adfærd ofte kendetegnet ved en sammenhæng med en eller flere af følgende faktorer: lav selvfølelse og negativt selvbillede (Børnerådet 2016), perfektionisme og selvkritik (Muehlenkamp og kollegaer 2009), tilknytningsforstyrrelser (Fonagy og kollegaer 2010), emotionel dysregulation (Klonsky og kollegaer 2007), misbrug af alkohol og stoffer (Møhl og kollegaer 2014). Derudover peges der på barndomstraumer (Glassman og kollegaer 2007, Nock og kollegaer 2006), som en faktor, der kan sammenkædes med selvskade, og det anslås i forlængelse af dette, at næsten halvdelen af de børn og unge, der oplever at blive mobbet via internettet, skader sig selv.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt entydigt at udpege de mest væsentlige risikofaktorer for selvskade eller at rangordne de kendte risikofaktorer. Det har den konsekvens, at det dermed også er vanskeligt at segmentere eller profilere på tværs af den samlede gruppe af personer med selvskadede adfærd. Gruppen af mennesker fremstår i forskningen derfor heterogen og uordnet, hvilket vanskeliggør en fælles forståelse og anvendelse af begrebet.

2.1.3 Opsporing

Som nævnt indledningsvist, knytter der sig en række udfordringer til den tidlige opsporing af personer med selvskadende adfærd. Udgangspunktet for forståelsen af selvskadende adfærd er, at det er et non-specifikt symptom med en lang række af tilknyttede

mulige risikofaktorer eller parallelt forekommende psykopatologier. Ved non-specifikt forstås, at forekomsten af selvskadende adfærd ikke er begrænset til én særlig tilstand eller psykopatologi, men at der knytter sig en række potentielle forklaringsmekanismer til forekomsten af den konkrete adfærd.

Det er derfor vanskeligt fra et forskningsmæssigt perspektiv at isolere de enkeltstående faktorer, der i sig selv kan føre til en tidlig opsporing af personer med selvskadende adfærd, særligt for så vidt man alene betragter den del af befolkningen, for hvem selvskadende adfærd benyttes som et middel til at opnå affektregulering eller følelsesmæssigt afløb. Det anses dog i Danmark som væsentligt at skelne mellem de bagvedliggende intentioner for så vidt angår mulig opsporing og interventioner, hvad angår sondringen mellem selvskade og selvmordsforsøg.

I litteraturen er der som tidligere nævnt identificeret en række risikofaktorer og parallelt forekommende patologier, der som udgangspunkt kan tjene som opmærksomhedspunkter i forhold til opsporing. Derudover anvendes i Danmark i nogen grad en selvskadespecifik variant af SDQ-redskabet i forbindelse med screening.

Endelig er der i forbindelse med studiebesøget i Sverige afdækket yderligere relevante risikofaktorer, der kan tjene som opmærksomhedspunkter i forbindelse med opsporing. Disse præsenteres samlet i det efterfølgende afsnit om de svenske erfaringer.

2.1.4 Interventioner

Efter kvalificering af ekspertpanelet, er der i litteraturstudiet foretaget en søgning på nedenstående interventioner eller behandlingstyper:

- Compassion Focused Therapy
- Dialektisk Adfærdsterapi (DAT)
- Emotion Regulation Group Therapy (ARGT)
- Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA)
- Emotion Regulation Therapy
- Kognitiv Adfærdsterapi (KAT)
- Mentalization Based Therapy
- Problem Solving Therapy
- Remote Interventions
- Therapeutic Evaluative Conditioning

Blandt de undersøgte interventioner er alene ERGT udviklet specifikt til brug ved selvskadende adfærd. De øvrige undersøgte interventioner er alle udviklet til behandling af bagvedliggende personlighedsforstyrrelser som borderline, men har set anvendelse ved selvskadende adfærd.

Der findes i den undersøgte litteratur generelt ikke tilstrækkeligt grundlag til at konkludere, at én metode er mere virksom end de øvrige typer af interventioner, der benyttes ved selvskadende adfærd, og i litteraturen er der samtidig en generel tilbageholdenhed med at anvise specifikke typer af behandling som værende særligt egnede. En mulig forklaring er, at det ikke er én specifik metode i sig selv, der er særligt virksom, men at det derimod er den rettidige behandling og brug af én ud af flere egnede metoder, som den behandlende part føler sig tryk ved og mestrer, der gør en forskel i praksis.

Dog er der i forskningen fundet en vis indikation på, at psykosociale behandlingsmodeller baseret på kognitiv terapi, mentalisering og dialektisk adfærdsterapi alle kan mindske gentagelse af selvskade, særligt hos den yngre del af befolkningen (Plener og kollegaer 2017, Plener og kollegaer 2016, Plener og kollegaer 2018, Hawton og kollegaer 2015).

Nyere forskning fra Sverige og Canada indikerer en virkning af forskellige *remote interventions* i form af internetbaseret terapi via computer eller understøttende app-baserede tilgange (Zetterqvist & Dahlström 2013, Dahlström & Zetterqvist 2015, Zetterqvist 2014, Grist 2018).

Der er ikke identificeret virksomme medicinske præparater til behandling af ikke-suicidal selvskade.

Endelig angiver det nationale projekt i Sverige, Nationella Självskadeprojektet, at ERGT og ERITA kan være lovende interventioner.

2.1.5 Virksomme elementer

Udover, at der i størstedelen af den gennemgåede litteratur ikke peges på en type af intervention fremfor andre, er det i forskningen svært at isolere de virksomme elementer i de forskellige interventioner.

Det fremhæves således, at de oftest virksomme behandlingstyper har et fælles fokus på, at selvskadende personer skal udvikle og tilegne sig nye færdigheder, hvilket stiller krav til deres evne til at lære og udvikle sig.

Der er heller ikke afdækket klare afgrænsninger af virksomme elementer til forskellige målgrupper i forskningen. Således indgår de samme typer af indsatser og virkninger i den internationale litteratur, og der er bred faglig enighed om, at det er vanskeligt at udtale sig præcist om, hvad der er virksomme elementer i de forskellige indsatser i forhold til de enkelte målgrupper. Der peges dog i nationale retningslinjer fra Australien og New Zealand (Carter og kollegaer 2016), samt i erfaringer fra Sverige, på konkrete opmærksomhedspunkter som interventioner må leve op til, eller som der skal fokuseres på for at understøtte leveringen af virksomme indsatser. De konkrete opmærksomhedspunkter er som følger (ibid., Plener og kollegaer 2018, Hawton og kollegaer 2015):

- Kendskab til selvskadende adfærd blandt sundhedsfagligt personale, der varetager psykosociale vurderinger ved første kontakt med psykiatrien og ved den efterfølgende behandling
- Uddannelse af frontpersonale vedrørende tidlig opsporing
- Udviklingsbaseret fokus, der understøtter tilegnelse af nye kompetencer hos den selvskadende person
- Inddragelse af patienter gennem åben dialog er essentiel og skabes gennem uddannelse af personale

2.1.6 Organisering

Der er generelt for lidt viden til entydigt at kunne foreslå én specifik model for organisering i leveringen af behandlende indsatser af selvskadende adfærd, hvilket understøttes af nationale retningslinjer om klinisk behandling af selvskade. (Plener og kolleger 2018, Carter og kolleger 2016).

Der findes dog pejlemærker, der kan skels til i forhold til organiseringen, I de nationale retningslinjer fra Australien, New Zealand og Sverige fremgår således følgende særlige opmærksomhedspunkter og retningslinjer for leveringen af indsatser:

- Mindsket ventetid
- Uddannet personale
- Opfølgning ved henvendelser i modtagelser og på hospitaler

- Respektfuld kommunikation og tilgang med opmærksomhed på risiko for stigmatisering
- Kendskab og viden til den selvskadende person om egen situation og muligheder
- Udbredelse af viden om behandlingsmuligheder
- Udarbejdelse af risikohåndteringsplan
- Hovedansvarlig kontaktperson for personer, der behandles af flere forskellige fagfolk

2.2 Svenske erfaringer med et nationalt projekt

I Sverige og Australien er der udarbejdet nationale handlingsplaner, der blandt andet har til formål at udvikle interventioner specifikt vedrørende ikke-suicidal selvskade, og der i Tyskland er udarbejdet nationale kliniske retningslinjer. I opdraget for erfaringsopsamlingen – og umiddelbart mest relevant – efterspørges et uddrag af erfaringerne fra Sverige.

I Sverige pågår på syvende – og sidste – år et nationalt projekt, Nationella Självskadeprojektet, der skal udvikle og udbrede viden og metoder til forebyggelse, opsporing, udredning og behandling af børn og unge med selvskadende adfærd. Det gælder alvorlighedsspektret fra personer i mistrivsel med tegn på mulig selvskade til personer med alvorlig og indlæggelseskrævende selvskadende adfærd i psykiatrien.

Blandt projektets større initiativer er:

- Etablering af projektet med funktion som *nationalt videnscenter*, der blandt andet aktivt skal facilitere videndeling og indgå i et internationalt netværk. Civilsamfund og medier inddrages aktivt for at øge kendskabet til tiltagene og vidensniveauet generelt i samfundet.
- Gennemførelse af et *prævalensstudie* (2013-2014), hvor det blev estimeret, hvor mange blandt patienterne i psykiatrien, der havde selvskadende adfærd. Forekomsten blev undersøgt fordelt på køn, aldersgrupper, regioner og typer af psykiatrisk behandling.
- Udarbejdelse af *rekommendationer* om behandling i bred forstand (særligt rettet til psykiatrien) og materiale om elevstøtte i skoler.
- Samling af links til *støtte rettet til borgere* via telefon og hjemmeside.
- Tilbud om *uddannelse* på forskellige niveauer af frontpersonale blandt andet i socialtjenesten, herunder et train-the-trainer-uddannelsesprogram
- Evaluering af *nye former for behandlingsterapi* (Emotion Regulation Group Therapy, ERGT og Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents, ERITA) specifikt udviklet til og afprøvet på personer med selvskadende adfærd. ERGT bruges nu i hele landet, mens ERITA afventer evalueringresultaterne.
- Etablering af *højt specialiseret behandlingstilbud i psykiatrien* som reaktion på, at 50-70 personer lider af meget alvorlig selvskadeproblematik til fare for sig selv og andre. Målgruppen er personer, som ellers indlægges i retspsykiatrien, der erfaringsmæssigt ikke har de nødvendige rammer eller kompetencer. Forud for etableringen ligger et større og flerårigt udrednings- og planlægningsarbejde, hvor blandt andet brugen af tvangsforanstaltninger er blevet analyseret. Planen er at etablere tre højt specialiserede enheder fordelt rundt om i landet. Udover behandlingen af visiterede patienter skal enhederne supervisere lokale psykiatriske behandlingstilbud. Generelt tilstræbes ikke (lange) indlæggelser, da der er afdækket en negativ konsekvens af dette.

Der kan fra erfaringer i projektet udtrækkes en række forudsætninger eller betydende faktorer, der har været afgørende for projektets succes og resultater:

- Projektet har et *nationalt setup og fokus*, som muliggør både en forening af kræfter og en udligning af kvalitetsforskelle på tværs af landet.
- Der har været en tæt kommunikation og kontakt mellem projektets centrale ledelse og landsting/kommuner, hvilket har været afgørende for udbredelsen af metoder og materialer.
- Uddannelsen ved brug af *train-the-trainer-konceptet* er en effektiv metode til at udbrede viden og skabe opmærksomhed i store dele af landet. Samtidig fremmer det lokalt ejerskab.
- Projektets *samarbejdskonstruktion*, der involverer fagfolk, forskere, myndigheder og brugersammenslutninger/civilsamfund har styrket det samlede vidensgrundlag, adgangen til netværk, legitimiteten og autoriteten bag tiltagene.
- I de første år er *udgifterne til uddannelse* af kommunale terapeuter mv. blevet afholdt af projektet, hvilket har understøttet en stor deltagelse.
- Der er udarbejdet *rekommendationer* om behandling i bred forstand.

Med dette afsæt har projektet afstedkommet en række konkrete tiltag relateret til henholdsvis forebyggelse, opsporing og behandling. Disse oplystes kort nedenfor:

- Tiltag med *forebyggelse* som omdrejningspunkt omfatter nationale konferencer og undervisning i kommuner og regioner. Hensigten har været at sætte fokus på unges sundhed og velvære, samt at udbrede viden om og forståelse for selvskadende adfærd blandt unge. Projektet startede med en videns- og erfaringsindhentning (prævalensstudie) for at få et billede af behov og eksisterende tilbud som et udgangspunkt for de efterfølgende aktiviteter.
- Tiltag med *opsporing* som omdrejningspunkt omhandler undervisning af kommunalt og sundhedsfagligt personale. En central dimension omfatter den professionelle kontakt med de selvskadende, da det er afgørende for opsporingen. Projektgruppen har særligt haft fokus på at ruste de somatiske skadestuer og børne- og ungdomspsykiatrien igennem undervisning og udvikling af videomateriale, pjecer og bøger med vejledninger og anbefalinger.
- Tiltag vedrørende *behandling* omhandler både konkrete anbefalinger til behandling - og videreformidling af platforme til behandling i form af chat- og telefonlinje med professionelle, som både målgruppen og pårørende kan benytte. Online-terapi er en nyudviklet behandlingsplatform (afprøves i forbindelse med ERITA), som forsøger at imødekomme de unges behov. Initiativet, som fortsat er i forsøgsstadiet, gør det muligt at gennemføre et behandlingsforløb med en terapeut via en app efter et fysisk møde.

Dermed er der indhentet erfaringer med konkrete tiltag til udvikling af viden og materialer samt et landsdækkende organiseret initiativ og gennemførelse samt konkret viden og materialer fra projektet. En stor del af det må forventes at være overførbart til Danmark givet de sammenlignelige forhold, der har været i udgangspunkterne og forhold i øvrigt.

3. INDSATSER I PRAKSIS

3.1 Formål og metode

Sideløbende med litteraturstudiet, er der som en del af den samlede erfaringsopsamling, udarbejdet en praksisanalyse. Formålet med praksisanalysen er at afdække, hvilke indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd, der i praksis findes i forskellige sektorer - dækkende både indsatser målrettet personer, hvor der er stillet en psykiatrisk diagnose og de, hvor der ikke er. Praksisanalysen har derudover haft fokus på at afdække, hvorvidt indsatserne er ensartede landet over - samt hvilke visitationspraksisser, der anvendes, når der i et givent regi afdækkes et behov.

Udgangspunktet er, at der ikke i forvejen er etableret et samlet overblik over målgruppen, indsatserne, et fælles begrebsapparat eller entydige indgange til lokale informationer. Derfor skal der samles et billede på det bedst mulige grundlag baseret på en kombination af forskellige kilder inden for den ramme, Således er det intentionen at skabe et overblik med nogle generelle mønstre af ligheder og forskelle på tværs af landet samt illustrative indblik i praksis. Det er ikke muligt at kortlægge, hvem der tilbyder hvad til hvem.

Supplerende til undersøgelsen af praksis udarbejdes en eksempelsamling med beskrivelser af eksempler på gode metoder til mennesker med selvskadende adfærd. Derved gives indblik på en anden måde i praksis, der forhåbentlig samtidig kan tjene til inspiration for andre.

Spørgeskemaundersøgelse

Gennem en spørgeskemaundersøgelse er der indhentet semikvantitative og kvalitative data om metoder til opsporing, karakteristik af målgruppen, udvikling i forekomst og alvorlighedsgrad samt indsatstyper, heraf vurderinger af indsatsernes anvendeshyppighed og -nyttighed, behovet for specifikke kompetencer hos personalet og erfaring med resultater.

Spørgeskemaet er blevet besvaret af:

- *Kommuner:* 117 kommunale respondenter har besvaret spørgeskemaet helt eller delvist ud af de i alt 150 udsendte
- *Regioner:* 17 regionale respondenter har i alt besvaret spørgeskemaet helt eller delvist – set i forhold til de 15 udsendte spørgeskemaer, der således er blevet videregivet og besvaret af yderligere to
- *Praksissektor:* Seks respondenter fra praksissektoren har sammenlagt besvaret spørgeskemaet helt eller delvist. Det planlagte antal respondenter, spørgeskemaet skulle have været distribueret til, var 80, heraf 40 praktiserende læger, 20 psykologer og 20 psykiatere. Grundet manglende adgang til kontaktinformationer på mulige respondenter blev spørgeskemaet udsendt til 20 psykologer, 10 psykiatere og ingen praktiserende læger. Den samlet set sparsomme besvarelse fra praksissektoren betyder, at der ikke med denne analyse kan konkluderes på praksissektorens opfattelse af indsatsen for patienter med selvskadende adfærd.
- *Uddannelsesinstitutioner:* 16 ud af de i alt 25 udsendte spørgeskemaer er blevet helt eller delvist besvaret
- *Foreninger:* Otte respondenter har helt eller delvist besvaret spørgeskemaet – set i forhold til de fem udsendte spørgeskemaer, der således er blevet videregivet og besvaret

Fortolknings-workshops:

Der er afholdt fire fortolknings-workshops med deltagere fra de fem forskellige aktørgrupper (regioner, kommuner, praksissektor, uddannelsesinstitutioner og foreninger), hvor:

- spørgeskemaresultaterne blev valideret og fortolket
- der blev indhentet og drøftet forslag til eksempler til brug for case-beskrivelser
- der blev indhentet og drøftet forslag til væsentlige udviklingsønsker på feltet

Udvælgelsen af workshopdeltagere er primært foretaget på baggrund af modtagere af spørgeskemaundersøgelsen. Derudover har projektets tilknyttede eksperter bidraget med kontakter til praksissektoren. Samlet set deltog 24 personer primært med baggrund i kommuner, regioner, uddannelsesinstitutioner og foreninger med en antalsmæssig fordeling, der afspejler tyngden af indsatserne i de forskellige sektorer. Praksissektoren var dog underrepræsenteret – og blev i stedet tilgået via efterfølgende interviews.

Interviews:

Der er gennemført interviews særligt mhp. at få inddraget praksissektoren, som var underrepræsenteret i spørgeskemaundersøgelsen og fortolknings-workshops, med yderligere eksperter og brugere (og for at identificere forslag til case-eksempler). Følgende personer har deltaget i interview:

- Sabine Elm Klinker, daglig leder, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS)
- Lotte Rubæk, psykolog, 15 års erfaring med forskning og klinisk arbejde inden for selvskade, aktuelt Team for selvskade i Region Hovedstaden – og Ida Lichtenstein Jørgensen, psykolog, også Team for selvskade i Region Hovedstaden
- Søren Hertz, privat praktiserende børne- og ungdomspsykiater
- Lene Agersnap, privat praktiserende læge
- Hallur Gilstón Thorsteinsson, centerchef, Center for Socialpædagogik og Psykiatri, Københavns Kommune
- To borgere med egne erfaringer med selvskadende adfærd, som der blev etableret kontakt med gennem ViOSS

3.2 Resultater

3.2.1 Udvikling i forekomst og alvorlighedsgrad

Indledningsvist i praksisundersøgelsen er det søgt afdækket, hvorvidt der blandt praktikere opleves en udvikling i forekomst af personer med selvskadende adfærd, samt om der ses en ændring i alvorlighedsgraden af formen for selvskade.

Helt overordnet er der imidlertid ikke i praksisundersøgelsens resultater tegn på entydige ændringer i opad- eller nedadgående retning i forekomsten af selvskadende adfærd, og det er derfor ikke muligt på det foreliggende grundlag at konkludere, om forekomsten er uændret eller stigende/faldende.

Mange af de fagpersoner, der arbejder med målgruppen, oplever ikke at have et grundlag for at vurdere, om der er sket en udvikling i forekomsten og alvorlighedsgraden i de seneste fire år, blandt andet fordi udviklingen kun i meget begrænset omfang følges systematisk.

Det er imidlertid værd at bemærke, at der blandt de enheder, der indgår i undersøgelsen, fra henholdsvis kommuner og regioner, er en overvejende vurdering af, at udviklingen i

efterspørgslen efter indsatser til personer med selvskadende adfærd, og dermed forekomsten, primært har været stigende eller uændret de sidste fire år. Det fremhæves dog samtidig af deltagerne på fortolknings-workshops i undersøgelsen, at udviklingen i efterspørgsel efter støtte og indsatser ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at der er en øget forekomst af personer med selvskadende adfærd, men lige såvel kan være et udtryk for en øget opmærksomhed på og forståelse af målgruppen, og dermed udtryk for en øget opsporing.

Regionernes besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen tyder på, at alvorlighedsgraden på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger opleves stigende, hvilket også er tilkendegivelsen fra deltagerne i de afholdte workshops. Der er imidlertid en mere blandet oplevelse af udviklingen i alvorlighedsgrad i kommunalt regi, baseret på resultaterne i praksisundersøgelsen. Der er ingen besvarelser, der peger på en faldende alvorlighedsgrad.

Den vigtigste tværgående konklusion er således, at der ikke på tværs af de relevante aktører kan etableres et tydeligt billede af udvikling i hverken forekomst eller alvorlighedsgrad af den selvskadende adfærd. Dette peger samtidig på en væsentlig begrænsning i forhold til tage informeret stilling til behov for udviklingen af strategi og indsats på området.

3.2.2 Målgrupper og deres karakteristika

Det er ligeledes igennem praksisundersøgelsen søgt at afdække et mere nuanceret billede af, hvordan målgrupperne af personer med selvskadende adfærd ser ud. Resultaterne af analysen supplerer litteraturstudiets konklusioner, og viser et differentieret og sammensat billede af, hvordan den samlede gruppe af mennesker med selvskadende adfærd ser ud fra et praksisperspektiv.

Helt overordnet peges der samstemmende på en stor gruppe af børn/unge med selvskadende adfærd, som ikke samtidig har øvrige omfattende psykiske eller kognitive problemer.

Inden for den i undersøgelsen anvendte definition nævnes overvejende unge piger/kvinder med normalt kognitivt niveau uden svære psykiske lidelser, der selvskader i let til moderat alvorlighedsgrad.

Selvskadende adfærd forekommer typisk blandt yngre, men kan fortsætte eller vende tilbage senere i livet.

Mange af deltagerne i undersøgelsen peger på, at den selvskadende adfærd kan være begrundet i en række forskellige problemstillinger: Der kan differentieres mellem selvskade blandt børn/unge, som knytter sig til uhensigtsmæssig mestringsevne eller følelsesregulering (let eller moderat sværhedsgrad), og selvskadende adfærd, der knytter sig til nedsat kognitiv funktionsevne (let, moderat eller svær) eller sværere psykiske lidelser så som skizofreni eller personlighedsforstyrrelser, hvor den selvskadende adfærd er en blandt flere manifestationer af den underliggende lidelse (let, moderat og svær grad).

Der sondres ligeledes klart blandt fagfolkene i undersøgelsen mellem en større og mere homogen gruppe af selvskadende børn og unge – og gruppen af personer med alvorlige og varige psykiske problemer, der primært udgøres af voksne, der som oftest er tilknyttet behandlingspsykiatrien og botilbud.

Det ses således, at der er flere forskellige differentierende faktorer, der i praksis tegner målgrupperne op set fra forskellige vinkler, herunder særligt selvskadens alvorlighedsgrad, køn, alder, forekomst af psykisk lidelse og kognitiv funktionsevne samt selvskade-

dens udtryksform (metoden). Der opleves samtidig blandt fagpersoner at være en udvikling i retning af større differentiering af formerne, hvormed den selvskadende adfærd fremtræder.

På baggrund af praksisanalysens resultater ses det samtidig, at faggrupperne i de forskellige sektorer ser forskellige udsnit af den samlede målgruppe, og at delmålgrupperne tilgås med forskellige begreber og metoder. De forskellige udsnit af den samlede målgruppe, og hvem, der møder dem, præsenteres i nedenstående overblik:

AKTØR	UDSNIT AF MÅLGRUPPE
Den regionale psykiatri	Fortrinsvis personer med personlighedsforstyrrelser og en selvskadende adfærd med moderat eller høj alvorlighedsgrad. Ofte udadrettet, aggressiv selvskade. Overvejende piger eller kvinder.
Somatiske skadestuer	Personer med akut behandlingskrævende selvskade. Ofte udadrettet, aggressiv selvskade.
Kommuner (Børne-familieafdeling, skoledagtilbud, sundhedspleje, voksen-socialområde og misbrugsbehandling)	Personer med mild eller moderat selvskadende adfærd, der ofte hænger sammen med mistrivsel, stigende samfundspres og præstationsforventninger. Ofte cutting eller risikovillig adfærd. Primært piger og kvinder
Uddannelsesinstitutioner (ikke-kommunale uddannelsesinstitutioner efter grundskolen)	Personer med mild eller moderat selvskadende adfærd, ofte som udtryk for mistrivsel. Ofte cutting eller risikovillig adfærd. Overvejende piger og kvinder.
Praksissektoren	Variierende udsnit af målgruppen med overvejende let til moderat selvskadende adfærd, oftest udtrykt ved cutting. (begrænset datagrundlag).
Civilsamfundsbase-rede foreninger (Headspace, GirlTalk, Livslinien m.fl.)	Fortrinsvis piger og kvinder med mild eller moderat selvskadende adfærd. Kontakten er ofte umiddelbart eller i nær forbindelse med den selvskadende adfærd.

Som det ses af ovenstående overblik, er der således på tværs af praksisfeltet en oplevelse af, at piger og kvinder udgør en stor del af målgruppen, og den selvskadende adfærd særligt kommer til udtryk gennem cutting. Dette kan skyldes, at der blandt fagpersoner og øvrige personer med kontakt til unge med selvskade finder en slags *confirmation bias* sted, idet der ikke bemærkes anden selvskadende adfærd end den, der allerede er kendt blandt det faglige personale som selvskade. Dette kan være med til at vanskeliggøre opsporing af selvskade blandt unge mænd, hvor selvskaden eksempelvis kan forveksles med andre former for skader. En manglende viden om underliggende problemstillinger og adfærd kan desuden gøre det svært at hjælpe de unge mænd med at opsøge og modtage tilbud.

Endelig kan der være en del af målgruppen med selvskadende adfærd, som sundheds- og socialvæsenet ikke kommer i kontakt med – eller som i den kommunale kontekst ikke

mener at have grundlag for at tilbyde behandling, samtidig med, at de afvises af psykiatrien, fordi de ikke er syge nok.

3.2.3 Opsporing og visitation

Som allerede beskrevet er der ikke entydige risikofaktorer, der peger på en selvskadende adfærd, hvilket vanskeliggør den tidlige opsporing. Opsporingspraksis og muligheder for visitation til indsatser i praksis er derfor søgt yderligere afdækket igennem praksisanalysen. Resultaterne viser, at de forskellige aktører, der indgår i undersøgelsen, har forskellige funktioner, handlemuligheder og roller i forhold til såvel opsporing som visitation.

Det største potentiale for opsporing af unge med selvskadende adfærd skal findes hos uddannelsesinstitutionerne, hvor de fleste unge har deres hverdag, og hvor der ofte er kontinuerlig kontakt med undervisere og studievejledere. Noget tyder dog på, at der med fordel kunne være en opsporende funktion, og at den kunne have mere systematik med hensyn til unge med behov for støtte til håndtering af selvskadende adfærd. For eksempel kan der være stor forskel på i hvor stor udstrækning, der er en aktivt opsporende indsats i forhold til konkrete bekymringer, eller en mere passiv rådgivningsfunktion, hvor eleverne selv skal henvende sig.

Ved kontakt med unge med mulig selvskadende adfærd, angives det i undersøgelsen, at eleverne/de studerende typisk opfordres til at kontakte egen læge, en tilknyttet rådgivningsfunktion, eventuel kommunal støtte (specielt i grundskolen) eller i alvorlige tilfælde psykiatrisk skadestue. Nogle repræsentanter for produktionsskoler og efterskoler nævner specifikt i undersøgelsen, at de ved opstart har generelle vurderings- og forventnings-samtaler med eleverne, hvilket styrker muligheden for opsporing af problemer med mistrivsel og selvskadende adfærd. Indtrykket er, at mange uddannelsesinstitutioner samtidig har nøglepersoner, der kan støtte op generelt, og fungerer som "indgangen" ved tidlig opsporing, og/eller når elever med en kendt problematik starter uddannelsen. Det er dog uvist, hvor mange institutioner, der har en løsning på plads. Det nævnes, at der er positive erfaringer de steder, hvor der er nøglepersoner som fx en psykolog tilknyttet.

Det er indtrykket fra den samlede praksisundersøgelse, at praksissektoren i begrænset omfang er opsporende. Nogle tilfælde af selvskadende adfærd afdækkes dog i almen praksis blandt andet i forbindelse med undersøgelser foretaget af anden grund. Almen praksis henviser typisk til psykiatrien, hvis de ikke selv forestår den videre behandling.

Psykiatrien er som udgangspunkt ikke opsporende, men de kan ved modtagelse af patienter finde tegn på selvskadende adfærd. Patienter kommer til psykiatrien ved henvisning fra egen læge, akutmodtagelse eller fra den kommunale forvaltning. Når henvisningen modtages, vurderes den, og den accepteres eller afvises.

Somatikken er i begrænset omfang opsporende, da de kun modtager patienter, der har brug for somatisk behandling efter selvskaden. De henviser typisk til psykiatrien.

Endelig er det vurderingen på baggrund af analysens resultater, at frivillige chat og telefonrådgivninger spiller en rolle i opsporingen. Foreningerne opsporer typisk via telefonopkald, da den selvskadende har større tendens til at bryde anonymiteten over telefon, mens kun få bryder anonymiteten over chatbeskeder. Foreningerne henviser typisk til egen læge, skadestue eller kommunen (fx Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, PPR, eller børne-familieafdelingen).

Kommunerne kommer ind i billedet ved kommunalt ansattes konkrete bekymringer eller gennem henvendelser eller egentlige underretninger. Typisk opdages tegn på selvskadende adfærd i skole-/dagtilbud med tegn på dårlig trivsel som fx øget fravær eller

manglende afleveringer, hvis det ikke drejer sig om synlige tegn på kroppen. Det vil sige, at det typisk er pædagoger og lærere, som har den første kontakt i den forbindelse.

3.2.4 Diagnostik og udredning

Begrebet udredning anvendes af flere aktører, særligt i den kommunale verden og den regionale psykiatri, men opfattelsen af, hvad en udredning indebærer er forskellig.

Psykiatrien kan diagnosticere og udrede på henvisninger fra fx almen praksis. De undersøger kun patienter, hvor der er mistanke om en underliggende psykiatrisk problemstilling. Hvis henvisningen skal godkendes, skal problemstillingen være kompleks og patienten skal kunne diagnosticeres med en psykiatrisk diagnose.

Det er på tværs af de regionale psykiatriske enheder i landet ikke entydigt, hvad der skal til for, at en henvisning accepteres eller afvises.

Inden for en kommune kan der være flere forskellige veje at gå videre med en henvendelse (udover til forældrene) internt i kommunen. Det kan være til henholdsvis PPR, børne-familieafdelingen eller sundhedsplejen. Disse vil alle foretage en vurdering af bekymringsgraden i det enkelte tilfælde, og enten iværksætte egne tiltag, foretage yderligere udredning og/eller henvise til øvrige kommunale støttemuligheder eller egen læge/psykiatrien.

Ved bekymring for et barn eller ung i grundskolen har underviserne således følgende muligheder:

- Anmode om konsultativ støtte eller en pædagogisk psykologisk vurdering fra PPR
- Underrette børne-familieafdelingen, som kan udrede gennem iværksættelse af en børnefaglig undersøgelse
- Benytte sundhedsplejen, som kan kvalificere bekymringen og eventuelt inddrage PPR eller underrette børne-familieafdelingen.

Nogle kommuner og praktiserende læger angiver, at de ofte har oplevet, at personer med selvskadende adfærd afvises ved henvisning til psykiatrien, og at de derfor senere hævder til ikke at henvise, selv om det vurderes, at den enkelte har behov for psykiatrisk udredning eller behandling. Der ses en tendens til, at særligt gruppen af unge med selvskade fra afslutningen af grundskolen til deres 18. år, og som ikke kan diagnosticeres med en psykisk lidelse, ikke nødvendigvis modtager et behandlingstilbud, selv om det må formodes at kunne forebygge en forværring af tilstanden. Perioden efter grundskolen er særligt følsom, da der her ikke er en hverdagskontakt med skolevæsenet og herigenem PPR, som ofte er første skridt i en behandlingsindsats. Risikoen for forværringen skal ses i lyset af, at gentagen erfaring med selvskade over tid er en kendt indikator for senere selvmordsforsøg. Hvor omfattende denne problematik er i praksis, kan ikke vurderes på baggrund af denne undersøgelse.

Der gennemføres generelt ikke systematisk registrering af tilfælde med selvskadende adfærd. Det vides derfor ikke, hvor stort omfanget af selvskade er, hvordan det kan opgøres, og i hvilket omfang alvorlighed og antallet af personer med selvskadende adfærd udvikler sig.

3.2.5 Indsatser

Et andet fokusområde i praksisanalysen er en afdækning af, hvilke indsatser, der tilbydes i praksis.

Praksisanalysen viser, at der i psykiatrien overvejende tilbydes en behandling af underliggende årsager og kun i mindre omfang af den selvskadende adfærd. I enkelte tilfælde

behandles den selvskadende adfærd dog sideløbende med behandlingen af hoveddiagnosen. Behandlingerne er typisk KAT, DAT og mentaliseringsbaserede metoder alt efter præferencer og match. Generelt er der en opfattelse i psykiatrien af, at børn og unge skal være meget syge for at få behandling i psykiatrien.

Blandt de 18-årige med selvskadende adfærd, der ikke kan diagnosticeres med psykisk lidelse, som fagpersonerne i undersøgelsen vurderer udgør en relativt stor andel, modtager ikke alle et relevant behandlingstilbud, selv om det kan forebygge en forværring af tilstanden. Det kan hænge sammen med, at psykologbehandling afhænger af den enkeltes mulighed for og vilje til at betale for forløbet, da de ikke kan få det bevilliget gennem servicelovens paragraffer om børn og unge.

Det gælder måske i særlig grad unge mænd, der synes at falde uden for normen af selvskade og som dermed har en øget risiko for at blive overset.

Der opleves en stor variation i den kommunale indsats i børne-familieafsnit og PPR på tværs af kommuner. Denne variation, kombineret med en uensartet definition af selvskade samt manglende viden om bedste metoder, medfører en forskellig vifte af tilbud på tværs af kommuner.

Den konkrete indsats, der iværksættes af den kommunale forvaltning, er som hovedregel ikke selvskadespecifik, men kan – afhængigt af den enkelte fagpersoners specifikke kompetencer – i visse tilfælde være det.

Det er i forbindelse med leveringen af indsatsen en komplicerende faktor, at både praksissektor og uddannelsesinstitutioner kan have svært ved at få overblik over de kommunale tilbud, samt hvor de skal henvende sig i kommunen i forbindelse med opsporingen af en person med selvskadende adfærd.

Derudover er følgende typer af behandlinger i forskellige regier afdækket igennem analysen:

- Privatpraktiserende psykologer og psykiatere tilbyder både selvskadespecifikke og ikke-selvskadespecifikke behandlinger gennem visiterede tilbud eller ved egenbetaling.
- De civilsamfundsbaseerede foreninger tilbyder vejvisning og motivation for handling, samt udskydelse af selvskade ved at være et alternativ til den uhensigtsmæssige følelsesregulering.

Fælles er, at metodevalg afhænger af behandler og match, og at varigheden i psykiatrien i mange tilfælde afhænger af pakkeforløbet.

Dette blandede billede skal ses i tæt sammenhæng med, at der ikke arbejdes med en entydig definition af selvskade på tværs af de mange forskellige aktører, der arbejder med personer med selvskadende adfærd.

4. EKSEMPLER PÅ GODE METODER

4.1 Formål og metode

Som en del af erfaringsopsamlingen er beskrevet nogle eksempler, der skal give et indblik i praksis med at støtte og behandle personer med selvskadende adfærd i Danmark.

Eksemplerne spænder bredt med hensyn til målgrupper, aktører og indsatser indenfor forebyggende, opsporende, udredende, behandlende og opfølgende arbejde blandt regioner, kommuner, uddannelsesinstitutioner og frivilligorganisationer.

Eksemplerne er identificeret i forbindelse med undersøgelsen af praksis, hvor deltagere har angivet, hvilke gode eksempler på praksis, de er bekendte med. Disse forslag har Implement kvalificeret nærmere i dialog med andre deltagere. Beskrivelserne af de udvalgte eksempler er udarbejdet på baggrund af desk research og interview med nøglepersoner på stedet.

Flere og andre eksempler kunne have indgået, og nogle kunne givet vis have været endnu mere nytænkende eller effektfulde. Disse er imidlertid udvalgt til samlingen i forbindelse med erfaringsopsamlingen af gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd, hvor de forekom særligt interessante og med et muligt potentiale for udbredelse. Forhåbentlig kan eksemplerne både belyse praksis og inspirere til udvikling af nye tilbud.

Nedenfor gives et kort overblik over eksemplerne, hvad angår baggrunden for tiltaget, målgruppen og kerneelementerne i indsatsen. Eksemplerne i fuld længde kan findes i bilag 3 'Eksempler på gode metoder målrettet personer med selvskadende adfærd'.

4.2 Eksemplerne i hovedtræk

4.2.1 Opsøgende arbejde på Høng Efterskole

Baggrund og målgruppe

Der er blandt de danske efterskoler et frafald af elever, der ofte forbindes med mistrivsel. Høng Efterskole har for tre år siden startet et særligt tiltag målrettet udsatte unge, der har til formål at nedsætte frafaldet gennem et fokus på tidlig opsporing af og løbende opfølgning på de børn og unge, der starter på efterskolen. Personalet oplever, at de siden at have igangsat indsatsen forbedres i de årlige evalueringer fra eleverne.

Høng Efterskoles tiltag gennemføres i samarbejde med omkringliggende kommuner og tilbydes til alle unge, der starter på efterskolen. Tiltaget er ikke målrettet selvskade specifikt, selv om der dog regelmæssigt ses unge med udfordringer relateret til selvskade.

Kerneelementer

Der er tre væsentlige elementer i den opsporende og opfølgende indsats:

- ✓ En indledende visitationssamtale med forældre og elever
- ✓ Opfølgning af uddannet inklusionsvejleder og lærerstab
- ✓ Trivselslog med løbende informationsdeling blandt lærerstaben

Erfaringer med hensyn til selvskadende adfærd

Mens den opsporende og opfølgende indsats ikke er målrettet unge med selvskade, er selvskade blandt eleverne ikke ualmindeligt. Nogle elever kommer med en tidligere historie med selvskade, mens andre påbegynder selvskaden under opholdet.

Fælles for eleverne med selvskadende adfærd er, at de stiller store krav til erfaring og kompetencer hos personalet. I den forbindelse er løbende uddannelse af personalet til at håndtere svære problemstillinger en væsentlig løftestang for efterskolen. Uddannelse i problemstillingerne giver et fælles sprog, som understøtter den opsporende og opfølgende indsats.

4.2.2 Trivselssamtaler på Varde Handelsskole og Handelsgymnasium og på Varde Gymnasium

Baggrund og målgruppe

Varde Kommune har i 10 år haft et tilbud, Time Out, om støttende trivselssamtaler til børn og unge på handelsgymnasiet og alment gymnasium. Time Out har til formål at yde rådgivning og støtte til studerende for at fremme trivsel og sundhed, fysisk og psykisk. Indsatsen er ikke specifikt målrettet unge med selvskadende adfærd, men finder dog også anvendelse i forbindelse med selvskade.

Tilbuddet er finansieret af Varde Kommune og holder til i Centret for Sundhedsfremme og dækker i alt cirka 1.000 elever.

Kerneelementer

Der er to væsentlige elementer i indsatsen:

- ✓ Samtaleforløb mellem elever og Time Out
- ✓ Samarbejde med andre behandlingstilbud i kommunen

Erfaringer med hensyn til selvskadende adfærd

Selvskade er ikke en hyppigt forekommende problemstilling blandt de henvendelser, som Time Out modtager. Det forekommer dog, at der blandt elever med selvskade ses en tendens til, at særligt unge piger, der skærer i sig selv, udgør en væsentlig andel. Der ses også adfærd blandt drengene som fx en markant øget risikovillighed, der kan udmønte sig i ekstremt faresøgende adfærd, der i Time Out tolkes som selvskadende. Det betragtes som en fordel, at tilbuddet er forankret i kommunen specifikt under sundhedscenteret. Det muliggør, at der ikke er en skarp grænse, hvad angår unge under eller over 18 år og deres mulighed for at benytte tilbuddet. En kommunal opdeling, fx i børn og ældre ville vanskeliggøre en sammenhængende indsats til gymnasiegruppen.

4.2.3 EmpowR: Samarbejde mellem GirlTalk og kommuner

Baggrund og målgruppe

GirlTalk er en non-profit organisation, der arbejder for at hjælpe unge udsatte piger mellem 12 og 24 år. Hjælpen foregår blandt andet via chat- og SMS-rådgivning, samtalegrupper, psykologsamtaler og foredrag. GirlTalk har et bredt fokus og tilbyder blandt andet hjælp i forbindelse med: egen krop, forældre, lavt selvværd, ensomhed, selvmordstanker, selvskade og spiseforstyrrelser.

Kerneelementer

Der er tre væsentlige elementer i EmpowR:

- ✓ Forsamtaler med unge piger og trivselsbaseline
- ✓ Gruppe forløb med 6-8 piger over 10 møder
- ✓ Efterfølgende opfølgning inklusiv ny trivselsmåling og overdragelse til kommunen

Erfaringer med hensyn til selvskadende adfærd

Der er en fokus på at sammensætte grupper, så der er fælles emner for pigerne i gruppen. Hvis selvskade er en problemstilling, der fylder meget i en gruppe, kan der være direkte fokus på det, mens andre grupper kan behandle problemstillingen mere forebyggende. Selvskade indgår som et selvstændigt vurderingsparameter i trivselsmålingen. De typiske resultater viser, at selvskaderelaterede problemstillinger fylder mindre, når pigerne har gennemført forløbet.

4.2.4 CeNSE: Støtteforløb i gymnasiet

Baggrund og målgruppe

Center for Narrativ Samtale & Edukation (CeNSE) er en psykologklinik, der har eksisteret siden 2012. CeNSE har på nuværende tidspunkt et tæt samarbejde med en række gymnasier i hovedstadsregionen, hvor der tilbydes støtteforløb til elever med behov for hjælp. Oprindeligt udsprang samarbejdet af en indsats i Psykiatrifonden med det formål at tilbyde støtte til unge, der oplevede udfordringer med at gennemføre ungdomsuddannelser. Indsatsen var målrettet unge, der oplevede udfordringer, men for hvem der ikke var et egnet tilbud. Det kan fx være fordi de unge ikke oplevede tilstrækkeligt svære udfordringer til at modtage et behandlingsforløb i psykiatrien.

Kerneelementer

Der er to væsentlige elementer i indsatsen:

- ✓ Samtaleforløb hos CeNSE
- ✓ Afrunding og overdragelse

Erfaringer i forhold til selvskadende adfærd

Der opleves i CeNSE generelt, at de udfylder et hul, hvad angår hjælp til elever med at finde deres rette vej gennem systemet. Det sker særligt i forbindelse med en indledende kognitiv udredning forud for kontakt med egen læge og psykiatrisk behandling. Fra eleverne forlader folkeskolen, indtil de fylder 18 år, er der et hul, hvor CeNSE oplever, at mange unge ikke har en reel behandlingsmulighed. Her har samarbejdet mellem CeNSE og uddannelsesinstitutionerne en funktion særligt for den målgruppe, der ikke kan egenfinansiere en indledende udtalelse eller kognitiv udredning. Selvskade er ikke den mest hyppigt forekommende problemstilling hos CeNSE men ses dog blandt de unge, der kommer ind. CeNSE har et fokus på at tænke psykiatrinært men kan ikke selv sende en henvisning direkte til psykiatrien, da den skal komme fra egen læge. En del af arbejdet i forbindelse med selvskade er derfor også at formidle en kontakt mellem den unge og andre tilbud som fx Headspace eller Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelse og Selvskade.

4.2.5 Praksiskoordinatorfunktion i Region Sjælland

Baggrund og målgruppe

Praksiskoordinatorfunktionen i Region Sjælland er et bindeled mellem almen praksis og psykiatrien. Der har i mange år været en tilsvarende funktion inden for somatikken i Region Sjælland, men som psykiatrien oprindeligt kun benyttede i et begrænset omfang. Over tid og i takt med et stigende antal praksiskonsulenter er der dog også i psykiatrisk regi opstået et behov for en praksiskoordinatorfunktion, som i dag findes og benyttes. Funktionen har til formål at koordinere og styrke det interne samarbejde mellem praksiskonsulenter, og kan trækkes funktionen i forbindelse med projektorienterede initiativer. Funktionen står for at orientere almen praksis om gældende tiltag og regler i psykiatrisk regi i regionen samt om øvrige relevante emner. Det gøres hovedsageligt via elektronisk kommunikation i form af et månedligt tidsskrift. Heri kommunikerer gældende retningslinjer eller ændringer, der kræver opmærksomhed. Det kan fx være ved ændrede regler om

inddragelse af politi ved tvangsindlæggelse. Da der er betydelige forskelle på at arbejde i almen praksis og på sygehuse, bistår funktionen de to parter med at håndtere de forskelligheder, der gør sig gældende, og som det kan være vanskeligt at blive vidende om på anden måde.

Kerneelementer

Der er to væsentlige elementer i praksiskoordinatorfunktionen, henholdsvis

- ✓ Samarbejde med psykiatrilædeelse, psykiatristab og region
- ✓ Patientgennemgang
- ✓ Udarbejdelse af instrukser til sundhed.dk
- ✓ Primær kontakt for praktiserende læger til afklaring af instrukser

Erfaringer i forhold til selvskadende adfærd

Det er generelt erfaringen, at børn og unge med selvskade ikke betragtes som værende en del af målgruppen for den regionale psykiatriske behandling, der derfor kun i et begrænset omfang tilser børn og unge i denne gruppe. Ved udarbejdelse af henvisning fra praktiserende læge til psykiatrien skal der være et diagnostisk bud på, hvad patienten kan fejle, som psykiatrien kan afhjælpe, og det er den alment praktiserende læges ansvar, at det diagnostiske bud er så udfærdiget så præcist og relevant som muligt. Koordinatorfunktionen og øvrige praktiserende læger oplever, at de nogle gange kontaktes af forældre, lærere, pædagoger eller andre, der har kendskab til et barn med selvskadende adfærd. Det er erfaringen i koordinatorfunktionen, at har man ikke en solid erfaring som praktiserende læge, kan det i disse situationer være vanskeligt at knytte den umiddelbart synlige selvskade til et diagnostisk bud samt at afdække underliggende psykiske sygdomme.

4.2.6 Dialektisk adfærdsterapi i Psykiatrisk Center Nordsjælland

Baggrund og målgruppe

Psykiatrisk Center Nordsjælland har et særligt tilbud om ambulant behandling til voksne over 18 år. Børne- og ungdomspsykiatrien holder i dag til på Psykiatrisk Center Glostrup, hvorfor børn under 18 år ikke er omfattet af tilbuddet i Psykiatrisk Center Nordsjælland. Tilbuddet udsprang oprindeligt for seks år siden af en udfordring for Psykiatrisk Center Nordsjælland, hvor nogle få patienter fyldte meget i akutmodtagelsen og var yderst vanskelige at hjælpe med de tilbud, der fandtes. Disse forløb foregik ofte sådan, at de pågældende mennesker henvendte sig i dårlig tilstand og blev indlagt, var selvskadende og nogle gange svært selvskadende, blev behandlet kortvarigt, blev udskrevet og kom tilbage i modtagelsen inden for en kort periode. For at hjælpe denne gruppe af svære patienter med problemstillinger relateret til selvskade og selvmordsrisiko blev der oprettet et særligt kompetenceteam med afsæt i forskningsbaserede behandlingsmetoder.

Kerneelementer

Der er to væsentlige elementer i behandlingstilbuddet:

- ✓ Ambulant behandlingsforløb
- ✓ Afrunding og overdragelse

Erfaringer i forhold til selvskadende adfærd

Tilbuddet er målrettet svære patienter med selvmordsrisiko eller selvskade. Det er en forudsætning for behandlingen af de svært udfordrede patienter, at alle medlemmer af det udførende personale er grundigt uddannede i DAT og med erfaring indenfor psykiatrien. Mange patienter får ved starten af deres DAT-forløb en stor mængde medicin, og

fokus er løbende på at sanere doseringen og trappe ned for i stedet at opbygge kompetencer i nye måder at håndtere problemer på.

4.2.7 Dialektisk adfærdsterapi i Psykiatrisk Center Glostrup

Baggrund og målgruppe

I 2016 nedsatte Region Hovedstaden et forum for patientbehandling, der startede som et tidsbegrænset projekt, der havde til formål at hjælpe personer, der var for ustabile til at følge ambulante pakkeforløb. Projektet er siden blevet til en permanent indsats målrettet de mennesker, der hyppigt indlægges med selvskade eller selvmordstendenser, men som kræver en omfattende indsats. Der findes i Psykiatrisk Center Glostrup (PCG) behandling med Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) som en del af den akutte søjle, der indgår som et evidensbaseret behandlingstilbud. Det foregår dog sådan, at der ikke henvises til DAT. I stedet tilbydes patienter med hyppig indlæggelse at deltage i forløbet. Hospitalet udpeger gennem eget kendskab til hyppigt forekommende patienter de personer, der er relevante i forhold til at modtage tilbud om behandling. Målgruppen er hyppigt forekommende patienter med personlighedsforstyrrelser og andre samtidige sygdomme, der kan være borderline, angst, depression, stemmehøring og selvdestruktiv adfærd som selvskade fx i form af cutting eller strangulering.

Kerneelementer

- ✓ Længerevarende behandlingsforløb med DAT

Erfaringer i forhold til selvskadende adfærd

Det er erfaringen, at tilbuddet er et velegnet og godt behandlingstilbud, der rammer en udsat målgruppe, for hvem der ikke er øvrige relevante tilbud om behandling eller støtte. Til trods for det korte forløb på hidtil otte måneder, er det på nuværende tidspunkt erfaringen, at der gennem behandlingen kan skabes gode resultater for den udsatte patientgruppe, hvad angår indlæggelser og stabilitet i eget hjem.

4.2.8 Personer med selvskadende adfærd på somatisk akutafdeling på Regionshospitalet Viborg

Baggrund og målgruppe

Regionshospitalet Viborg i Region Midtjylland har foretaget en optælling af hyppigt forekommende patienter i den somatiske akutafdeling og har på den baggrund iværksat testforløb med rundbordssamtaler med udvalgte patienter, hvor patienten inviteres ind til selv at være med til at bestemme over eget forløb til rundbordssamtaler evt. repræsenteret via kontaktperson eller pårørende, hvis patienten ikke overkommer at deltage. Høstalsenhed Midt, som Regionshospitalet Viborg er en del af, dækker over tre tilknyttede kommuner, Viborg, Silkeborg og Skive. Der er for nylig blevet foretaget en opgørelse af de 25 patienter med flest henvendelser i den akutte afdeling for hver kommune. Indledningsvis har hospitalet valgt at granske resultaterne fra Viborg. Blandt de 25 hyppigst indlagte patienter fra Viborg Kommune har der været seks til syv piger med selvskadende adfærd, der blev indlagt op til flere gange månedligt. Den mest hyppige af disse havde sidste år haft mere end 40 indlæggelser svarende til tre indlæggelser månedligt.

Kerneelementer

På baggrund af optællingen er der iværksat en indsats, der lige nu testes på udvalgte patienter, hvis væsentlige element er:

- ✓ Koordinerede forløb med rundbordssamtaler

Erfaring i forhold til selvskadende adfærd

På baggrund af optællingen er der igangsat en målrettet indsats i form af et testprojekt. Indtil videre er én person en del af testprojektet. Ved rundbordssamtalen udarbejdes et driverdiagram som handleplan for patienten, der er styrende for det videre forløb. Det har været et væsentligt element i at kunne arbejde med de langsigtede mål. Der er i hospitalsregi ligeledes oprettet en problemorienteret plan i den elektroniske patientjournal, som gør det nemmere og overskueligt for personalet at se, hvad planen for netop denne patient er i en ellers ofte meget lang journal.

4.2.9 Mentaliseringsbaseret terapi i Lokalpsykiatri Odense

Baggrund og målgruppe

Lokalpsykiatri Odense i Psykiatrien i Region Syddanmark har et dedikeret psykoterapeutisk team, der arbejder med mentaliseringsbaseret terapi. Der foregår en indledende udredning af unge over 20 år. Nogle af disse har selvskadende adfærd, der oftest optræder i forbindelse med øvrig psykopatologi, når de ser dem. Det er erfaringen, at unge over 20 år, der fortsat udviser selvskadende adfærd, har det i tilslutning til en bagvedliggende psykopatologi. Det hænger sammen med, at det 20. år typisk er en årrække efter debutalderen for en selvskadende adfærd, og de fleste, der har eksperimenteret med selvskade, er til den tid enten kommet over det eller har oplevet en forværring af tilstanden, hvorfor de i forvejen har kontakt med psykiatrien. Teamet arbejder med en indledende visitationssamtale, hvorefter et individuelt tilrettelagt forløb igangsættes. Der foretages desuden en rådgivning af praktiserende læger og praktiserende psykiatere samt kommuner i forbindelse med patientrelateret kontakt.

Kernelementer

Det væsentligste element i indsatsen er

- ✓ Koordinerede indsatser
- ✓ Koordinerende sagsbehandler

Erfaringer i forhold til selvskadende adfærd

Der er tilknyttet en koordinerende sagsbehandler, hvis funktion er at planlægge netværksmøder for skoler og patienter.

Varigheden af den faktiske indsats er meget forskellig og varierer efter behov. Det afhænger primært af resultatet ved en vurdering af den underliggende problematik samt en vurdering af, hvad der vil hjælpe den pågældende person bedst i dette tilfælde. Patienten kan starte i en individuel afdækning, der iværksættes som et pakkeforløb. Efterfølgende tilbydes et skræddersyet forløb, der fx kan rumme psykoedukation (gruppebaseret) eller supplerende individuel behandling.

5. PERSPEKTIVERING

5.1 Overordnede betragtninger på baggrund af erfaringsindsamlingen

Med afsæt i den samlede viden fra erfaringsopsamlingen og især praksisundersøgelsen set i forhold til resultaterne af vidensafdækningen, er udarbejdet denne perspektivering med foreslåede tiltag. De skal ses i lyset af en ambition om at tilstræbe opsporing af tegn på selvskadende adfærd med henblik på tidlig lavtærskel indsats.

Følgende overordnede betragtninger ligger til grund.

Set fra faglige og organisatoriske perspektiver udgør personer med selvskadende adfærd og indsatserne, de tilbydes, altovervejende delmængder af andre målgrupper og indsatser. Eftersom mange personer i målgruppen har problemstillinger, der er tæt forbundne med andre problemer, og de fremtræder i mange forskellige sammenhænge, vurderes det samlet set at være en styrke, at mange indsatser ikke organiseres isoleret og centraliseret. Problemerne må i vid udstrækning skulle opdages dér, hvor børnene/de unge færdes og hjælpes – i første omgang – af dem, de kender og har tillid til. Typisk ligger der andre og dybereliggende problemer til grund end selve den selvskadende adfærd, og som er mere virkningsfulde at arbejde med. Selvskadeproblematikken skal dog tages alvorligt, og hvis den er det dominerende problem i en given situation, skal der rettes en specifik indsats imod denne.

Ligeledes centralt i erfaringsopsamlingen står den sparsomme viden på en lang række punkter. Det drejer sig i særlig grad om viden om målgruppen under ét og forskellige segmenter heri samt viden om relevante indsatser til målgruppen. Der er således et behov for større viden om mekanismer bag selvskadende adfærd og effektive specifikke indsatser, der bør tilvejebringes gennem forskning.

Med den sparsomme viden om målgruppens støtte- og behandlingsbehov er det vanskeligt at give specifikke forslag til, hvilke kompetencer blandt fagpersoner der bør være tilgængelige, og hvor i den samlede indsats. Tilsvarende gælder det tiltag rettet mod et samlet og sammenhængende støttesystem. Det er således vurderingen, at der bør arbejdes målrettet med at opbygge mere viden om målgruppen og relevante indsatser. Den øgede viden vil kunne danne et langt bedre afsæt end aktuelt muligt for en mere sammenhængende indsats rettet mod fagpersoners kompetencer og den samlede organisering af støtte- og behandlingsindsatsen.

Det må forventes, at nyligt igangsatte initiativer, der kommer fra samme satspuljeaftale som nærværende, som 'styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade' samt 'afprøvning og evaluering af fremskudte regionale funktioner i børne- og ungdomspsykiatrien' kan bidrage med ny viden om end ikke forskningsbaseret. Desuden forventes implementeringen af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser at forbedre viden, opmærksomhed og samarbejdsrelationer mellem aktørerne.

5.2 Foreslåede tiltag

Tiltagene falder inden for tre temaer:

- **Viden** om målgruppen og indsatser
- **Kompetencer** hos det støttende og behandlende personale
- **Organisering** af den samlede indsats

Disse temaer kan ses i forhold til to forskellige hovedopgaver:

- **Opsporing** og opfølgning på støtte- og behandlingsbehov hos borgerne
- **Indsatsen**, behandlingen eller interventionen, der sættes i værk

Af nedenstående oversigt og uddybning fremgår det, at Implement foreslår tiltag, der retter sig mod:

	OPSPORING/OPFØLGNING	INDSATS/BEHANDLING/INTERVENTION
VIDEN	<ul style="list-style-type: none"> • Mere sikker viden om forekomst af og udvikling i målgrupper med selvskadende adfærd; særligt i forhold til alder, køn, skadesform og alvorlighedsgrad. • Mere viden i praksis om, hvordan selvskadende adfærd kan ses i den givne kontekst. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mere sikker viden om, hvilke indsatser, der er relevante for forskellige undermålgrupper – og på hvilket indsatsniveau. • Mere viden i praksis om, hvilke interventionsmuligheder, der findes blandt de forskellige aktører.
KOMPETENCER	<ul style="list-style-type: none"> • Øgede kompetencer og opmærksomhed generelt blandt undervisere, pædagoger og sundhedsplejersker i den almene kommunale indsats til at identificere mistrivsel hos unge. • Kompetencer hos faglige medarbejdere til at møde og opbygge tillidsfulde relationer til personer, der har selvskadende adfærd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsdækkende faglige retningslinjer om håndtering af selvskadende adfærd; både i situationer, hvor hovedproblemstillingen vurderes som selvskadende adfærd og i andre situationer, hvor en underliggende problematik er den dominerende.
ORGANISERING	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale aftaler mellem kommuner, region og praksissektor om forventet handling på aktørniveau ved opsporing/konkret bekymring med graderet indsats efter bekymringsniveau. Gerne involverende ungdomsuddannelser og andre uddannelsesinstitutioner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mere lige og let adgang til støtte og behandling for unge med selvskadende adfærd for hvem det vurderes relevant, men hvor der ikke samtidig kan diagnosticeres en psykisk lidelse. • Udvikling af et sammenhængende støtte- og behandlingssystem på tværs af kommuner, region og praksissektor med en graderet indsats med fokus på entydigt ansvar for opfølgning på indsats og henvisning til anden indsats.

5.2.1 Øget viden om målgruppen og indsatser

Som beskrevet efterspørges viden på en række områder, der kan muliggøre udviklingen af en sammenhængende, helhedsorienteret og dækkende indsats for personer med selvskadende adfærd. Den manglende viden giver sig udslag i en række konkrete udfordringer:

- Der findes ikke i Danmark et sikkert skøn over forekomsten eller udviklingen i forekomsten eller alvorlighedsgraden i selvskaden. Det skyldes, at selvskadende adfærd generelt ikke registreres (systematisk) som sådan, og der er derfor ikke kilder til at bygge landsdækkende opgørelser på.
- Fagpersoner på tværs af sektorer er i vid udstrækning usikre på, om der sker en udvikling i forekomsten – dels fordi der ikke findes sikre landsdækkende opgørelser at referere til, og dels fordi indsætterne er decentraliserede og ofte ikke selvskadespecifikke. Typisk ser de forskellige aktører derfor hver især relativt få i egen praksis.
- Flere undersøgelser indikerer, at den selvskadende adfærd overvejende ses blandt piger/kvinder, og det er også den overvejende vurdering blandt fagpersoner i praksis. Det er dog ikke klart, i hvilken udstrækning det er udtryk for reelle kønsforskelle eller kan tilskrives forskelle i opmærksomhed.
- Der er manglende præcision i beskrivelsen og problemforståelsen af selvskadende adfærd. Derfor er der ikke udbredt kendskab til den samlede og heterogene målgruppe, idet der mange steder primært er viden om og opmærksomhed på unge piger/kvinder der cutter, og mindre på personer med andre typer af selvskadende adfærd. Dette betyder blandt andet, at nogle kan blive overset, fordi de ikke får fagpersonernes relevante opmærksomhed; og at nogle ikke får de rette tilbud – i hvert fald ikke uden omveje.
- Gennem forskningen kan udpeges en række risikofaktorer, der dog ikke er kvantificeret eller rangordnet, som optræder samtidig med eller fungerer som mulige indikatorer for selvskade, men der er kun begrænset viden om beskyttelsesfaktorer i forhold til udvikling og mestring af selvskadende adfærd.
- Der er i forlængelse af den manglende præcision i afgrænsningen af målgruppen også mangel på viden om særligt virksomme typer af interventioner for specifikke grupper af personer med selvskade. Der ses i forskningen, at nogle typer af behandling er mere virksomme end andre, men der er kun i et begrænset omfang viden om de kausale mekanismer, der ligger bag.
- I tillæg til dette er det på nuværende tidspunkt kun i et begrænset omfang belyst, hvordan de forskellige behandlinger bedst organiseres.
- Dermed er det også vanskeligt at skabe et samlet overblik over aktuelle og relevante støtte- og behandlingstilbud, hvilket efterspørges i praksis.

På baggrund af de ovenfor nævnte udfordringer foreslås det, at der gennemføres tiltag, der kan styrke viden på området for selvskadende adfærd. Det drejer sig først og fremmest om viden om forekomst og udvikling af selvskadende adfærd. Her er det afgørende, at der udarbejdes entydige operationelle definitioner, hvor der tages højde for muligheden for at opdele borgerne med selvskadende adfærd i undergrupper. Særligt bør der kunne skelnes mellem undergrupper i forhold til køn, alder, selve skadepåvirkningens form og alvorlighedsgraden, herunder hyppigheden af den selvskadende adfærd.

Med afsæt i en operationel definition vil der kunne gennemføres gentagne undersøgelser ved brug af samme metode, der kan vise udviklingen i forekomst og karakteristika over tid. Da det formodes, at flere borgere med selvskadende adfærd ikke er i kontakt med behandlingssystemet, bør undersøgelserne gennemføres i bredere regi. Det vil være hensigtsmæssigt at overveje forskellige måder at følge udviklingen på, fordi der i

disse år er en generel bekymring for, om børn og unge er særligt pressede, hvor ét af symptomerne kan være selvskadende adfærd, og derfor er det også i en bredere sammenhæng interessant at følge udviklingen.

Når forekomst og karakteristika for undergrupper er kortlagt, kan der gennemføres undersøgelser, som kan påvise sammenhænge mellem specifikke behandlingsformer og resultater for specifikke undergrupper.

Ligeledes vil en mere entydig beskrivelse af relevante undergrupper kunne danne udgangspunkt for at udbrede viden om støtte- og behandlingstilbud til forskellige undergrupper. Fremgangsmåder og materialer til befolkningen som helhed, specifikke grupper med selvskadeproblematikker og fagpersoner, der er udarbejdet i det svenske projekt, kan anvendes som inspiration og tilpasses den danske sammenhæng.

5.2.2 Målrættede kompetencer

Der savnes viden om, hvilke specifikke kompetencer der er relevante i støtten og behandlingen for specifikke grupper af personer med selvskadende adfærd. Den manglende viden skaber usikkerhed om, hvilke kompetencer der findes i de forskellige støtte- og hjælpesystemer.

Samtidig er der i praksis forskellige opfattelser af, hvor vidt man skal behandle selvskade som noget i sig selv eller snarere fokusere på de underliggende problemstillinger, der vurderes at være årsag til den selvskadende adfærd. Der er metoder til begge dele, men det er uklart, hvad der afgør, hvad der er den relevante tilgang i det enkelte tilfælde. Det betyder, at der på den ene side er risiko for, at ikke alle får et relevant tilbud, der tager tilstrækkelig højde for underliggende problemstillinger og på den anden side, at ikke alle får tilbudt en selvskadeorienteret indsats, når der er brug for det.

Imidlertid er der faglitteratur og fagpersoner, der kan nyttiggøres mere end i dag til at brede viden og erfaringer videre.

Viden, som kan øge kompetencerne til tidlig opsporing af såvel selvskadende adfærd som problemstillingerne, der kan være forbundet med selvskadende adfærd. Her kan der fokuseres på medarbejdere særligt i uddannelsesinstitutioner, sundhedspleje, PPR, børne-familieafdelinger og praksissektor, hvor der kan arbejdes med at øge viden om selvskadende adfærd generelt og sammenhængen mellem selvskadende adfærd og mistrivsel specifikt. Der kan desuden arbejdes med en systematisk tilgang til identifikation af mistrivsel blandt fx elever på uddannelsesinstitutioner, såsom produktionsskoler, efterskoler og erhvervsskoler, hvor forekomsten formodes at være højest.

Nøglepersoner på uddannelsesinstitutioner som fx studievejledere kan fungere som lokale kompetencepersoner, der i konkrete tilfælde kan kvalificere grundlaget for bekymringer som undervisere måtte have. De kan desuden understøtte vidensformidling og kompetenceopbygning blandt øvrigt personale og dermed understøtte, at tegn på mistrivsel identificeres, og at der spørges nærmere ind ved bekymringer. I den tidlige kontakt skal der være opmærksomhed på, at opbygningen af tilstrækkelig tillid mellem den selvskadende person og fagpersonen kan kræve tid, og det kan styrkes ved, at den selvskadende adfærd ikke altid er i centrum for kontakten.

Uanset om den selvskadende adfærd ses som en problemstilling i sig selv eller som udtryk for en underliggende problemstilling, bør den selvskadende adfærd håndteres i et behandlings- eller støtteforløb. Det kan enten være integreret i et samlet behandlingsforløb, parallelt med anden behandling, eller det kan være som en selvstændig indsats. Det kan overvejes at styrke indsatserne gennem nationale faglige retningslinjer for håndtering af selvskadende adfærd i forskellige sammenhænge.

5.2.3 Organisering

Organiseringen af det samlede støtte- og behandlingssystem bør sigte på at skabe et helhedsorienteret, sammenhængende og dækkende system, hvor der kan sættes ind med en indsats, der modsvarer indsatsbehovet, og som således er gradueret på en række niveauer. Med inspiration fra forløbsprogrammerne for børn og unge med psykiske lidelser kan der eventuelt opereres med tre niveauer for indsats.

Den manglende præcision i den eksisterende viden om målgrupper og indsats sammenholdt med usikkerheden om relevante kompetencer betyder, at der ikke i dag kan tales om en sammenhængende, helhedsorienteret og dækkende indsats på tværs af relevante aktører. Det viser sig ved en række udfordringer i praksis:

- Det er vanskeligt at finde information for såvel børn og unge og deres nære omgivelser samt for fagpersoner i de forskellige sektorer om, hvad selvskade er, hvad der kan gøres ved det, og hvor man kan henvende sig ved behov for støtte.
- Samtidig er der blandt nogle fagpersoner usikkerhed om, hvor de kan henvise eller visitere til med henblik på vurdering og udredning. Det betyder, at opsporing og indsats på rette niveau i nogle tilfælde iværksættes uden at følge en systematik og først efter forsinkelser og uhensigtsmæssige omveje.
- I forhold til den tidlige opsporing er der risiko for, at selv dér, hvor der er identificeret en bekymring for mistrivsel og selvskadende adfærd, overlades initiativet til at opsøge hjælp og støtte til den selvskadende selv – særligt, hvor det drejer sig om unge over 18 år, som ikke kan modtage støtte gennem den kommunale børne-familieindsats.
- For nogle personer med et lettere eller moderat symptombillede, som vurderes ikke at være relevante for forløb i psykiatrisk regi, kan der være tvivl om, hvad der kan og skal tilbydes i stedet – og af hvem. Således tyder det på, at en nogle unge ikke modtager en relevant støtte og behandling, hvis der ikke kan påbegyndes et relevant tilbud i psykiatrien.
- Generelt er der usikkerhed om, i hvilken udstrækning effektive indsatser tilbydes, givet, at de leveres i mange forskellige regier og af mange forskellige faggrupper.
- For nogle i målgruppen tager det lang tid at komme i behandling selv efter en gennemført vurdering, fordi udredning/behandling i psykiatrien afventes eller afvises, og/eller der ikke umiddelbart er andre tilbud om fx psykologbehandling i kommunalt regi eller i praksissektoren.

Med afsæt i ovenstående identificerede udfordringer foreslås det, at det aftales lokalt mellem regioner, kommuner og praksissektoren om, hvem der generelt laver vurderinger og undersøgelser samt, hvem der følger op og koordinerer i konkrete forløb, og at der formidles et overblik over samme til øvrige aktører. I aftalerne kan der med fordel fokuseres på, hvem der kan tilbyde, hvilke typer af indsatser til hvilke undergrupper, og hvordan der kan skiftes niveau som led i de graduerede indsatser. Det bør således tydeliggøres, hvilke aktører, der kan henvise eller visitere til de forskellige former for indsats, og det bør tydeliggøres, hvilke aktører, der har ansvar for at følge op.

Endelig bør der være en særlig opmærksomhed på at sikre relevant indsats for de borgere, der efter henvisning til psykiatrien ikke modtager behandling her på trods af selvskadende adfærd.

BILAG 1

SELVSKADENDE ADFÆRD

– VIDEN FRA FORSKNING OG SVENSK ERFARINGER MED ET NATIONALT PROJEKT

Erfaringsopsamling om gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd

Sundhedsstyrelsen



21. december 2018

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Introduktion	2
1.1	Formålet med rapporten.....	2
1.2	Definition af selvskade	2
2.	Forskningsbaseret viden fra litteraturstudium	4
2.1	Søgestrategi og begrundelse for udvalgte behandlingsmetoder	4
2.2	Forskningsmæssig afgrænsning og anvendelse af diagnoser	7
2.3	Forekomst	8
2.4	Opsporing	12
2.5	Indsatser	16
2.6	Organisering af indsatser	18
2.7	Opsamling	20
3.	Svenske erfaringer med et nationalt projekt.....	22
3.1	Introduktion	22
3.2	Erfaringer	22
3.3	Opsamling	25
	Bilag 1. Søgestrategi.....	26
3.1	Søgestrategien.....	26
3.2	Søgestreng, interventioner.....	27
3.3	Søgestreng, opsporing.....	28
3.4	Databaser	29
3.5	Fund fra søgning.....	30
	Bilag 2. Centrale referencer om indsatser.....	31
	Bilag 3. Litteraturliste	34
	Bilag 4. Gennemgang af indledende fund fra litteratursøgning	38

1. INTRODUKTION

1.1 Formålet med rapporten

Implement gennemfører på vegne af Sundhedsstyrelsen denne erfaringsopsamling om "gode metoder og viden om effektive indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd" som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021. Som en del af erfaringsopsamlingen er denne rapport udarbejdet.

Formålet med rapporten er nærmere bestemt:

A. At belyse og give et overblik over den forskningsbaserede viden om målgruppe, opsporing, indsatser og organisering gennem et litteraturstudium (kapitel 1). Det er ikke intentionen at redegøre detaljeret eller udtømmende for enkeltstudier eller deres generaliserbarhed.

B. At belyse erfaringer fra Sverige med et nationalt, flerårigt projekt, Nationella Självskadeprojektet, gennem desk research og et studiebesøg hos projektlederen Eva Klingberg (kapitel 2).

Endelig er rapporten udarbejdet med inddragelse af ekspertgruppen, som Implement har knyttet til erfaringsopsamlingen som helhed:

- Bo Møhl, professor ved Aalborg Universitet
- Erik Simonsen, forskningsprofessor ved Københavns Universitet
- Carsten René Jørgensen, professor ved Aarhus Universitet

Ekspertgruppen har særligt bidraget til denne rapport med at kvalificere definitionsspørgsmål, søgestrategien for litteraturstudiet og validering af fundene.

1.2 Definition af selvskade

Selvskade i Danmark følger standarden fra The International Society for the Study of Self-Injury

En bevidst handling foretaget med den tilsigtede hensigt at påføre sig selv direkte skade, som ikke er en socialt accepteret type af handling (fx tatovering eller piercing), og som er foretaget uden suicidale intentioner. Tilsligtet selvskadende adfærd omfatter adfærd, hvor personen påfører sin krop sår, smerter og skader.

Indirekte selvskade, fx gennem indtag af stoffer, misbrug af rusmidler eller spiseforstyrrelser er i udgangspunktet ikke inkluderet i definitionen af selvskade.

Der er et gab i den kliniske og forskningsmæssige anvendelse af begrebet, og selv om begrebet indgår i nogle diagnoselister, er selvskade ikke en selvstændig diagnose i Danmark. Det er dog den samme definition af selvskade, der lægges til grund i DSM-5 kriterier, hvor ikke-suicidal selvskade er indført som en foreløbig international forskningsdiagnose, der dog lige nu er genstand for videre forskning.

(Kilder: Møhl 2015, Møhl og Rubæk 2017, DSM-5 side 803)

Bevidst selvskade er et vanskeligt fænomen, der i forskningen er svært at håndtere. Fænomenet går igen i international forskning under mange forskellige navne og betegnelser, der alle har forskellige bibetydninger.

I Danmark defineres selvskade ved den fremsatte standard fra International Society for the Study of Self-Injury (Møhl 2016). Her fastslås, at en handling, hvor en person med vilje udøver direkte fysisk skade på sig selv uden bagvedliggende suicidale intentioner og på en sådan måde, at handlingen ikke er socialt accepteret (fx er tatovering eller piercing begge socialt accepterede) defineres som bevidst selvskade (Møhl og kolleger 2014). Det betyder, at selvmordsforsøg, indirekte selvskade og socialt accepteret adfærd ekskluderes fra den danske definition.

Forskningen tyder på, at handlingen ofte foretages i et forsøg på at dæmpe eller mindske smertefulde følelser eller i et forsøg på at påvirke relationer til andre mennesker (Møhl 2016). Denne opfattelse af begrebet er også udbredt blandt danskere, hvor størstedelen af befolkningen er bekendt med selvskade og anser det som en måde at få fysisk afløb for psykiske smerter (Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2015).

Der skelnes mellem forskellige alvorlighedsgrader og typer af selvskade, herunder en væsentlig skelnen mellem tvangsmæssig og impulsiv selvskade. Tvangsmæssig selvskade forekommer hos fx børn eller unge med autisme uden ydre anledning men som en form for selvstimulation. Den impulsive selvskade er den hyppigste form og bruges oftest som affektregulering, selvstraf eller manglende forståelse af egne følelser (se senere).

Derudover skelnes mellem forskellige alvorlighedsgrader af impulsiv selvskade:

1. lettere selvskade, hvor vedkommende bruger få overfladiske selvskademetoder (fx hindre sårheling, påføre sig rifter eller overfladisk skade af huden)
2. middelsvær selvskade, hvor der anvendes flere forskellige mere alvorlige selvskademetoder (fx at skære sig, brænde sig, slå sig selv med større kraft)
3. svær selvskade, hvor den selvskadende adfærd forekommer hyppigt og fylder meget i dagligdagen

Graden af alvor afgøres af omfanget af fysisk skade, hyppighed og anvendelse af flere forskellige metoder. Især ved svær selvskade ses det desuden, at vedkommende indimellem kommer til at skade sig selv mere end intenderet og udvikler en afhængighed.

2. FORSKNINGSBASERET VIDEN FRA LITTERATURSTUDIUM

Der er foretaget en bred afsøgning af litteratur i danske og internationale databaser med henblik på at indsamle viden om gode og virksomme metoder samt om opsporingen af mennesker med selvskade.

Med rapporten søges at give et aktuelt overblik over forskningen på et fragmenteret område. De fremhævede resultater støtter i vid udstrækning på de vurderinger, der er foretaget som led i større publicerede litteraturgennemgange. Derudover er suppleret med bidrag og vurderinger fra den tilknyttede ekspertgruppe.

2.1 Søgestrategi og begrundelse for udvalgte behandlingsmetoder

Nedenstående giver et kort overblik over og begrundelse for valgene, der er truffet vedrørende søgning, inklusion og eksklusion i søgningen (se bilag 1 for yderligere).

Der er foretaget en indledende scoping search, som er en bred afsøgning af området uden afgrænsning i form af specifikke typer af metoder til forebyggelse, opsporing, udredning eller behandling. Denne indledende afsøgning har til formål at give et første overblik over "selvskade" i litteraturen, og samtidig kan observeres forskelligheder i fokus i litteraturen for så vidt angår forskellen mellem selvskade generelt og selvskade med hensyn til forskellige typer af indsatser specifikt målrettet selvskadende adfærd.

Herefter er der foretaget søgninger afgrænset til specifikke typer af metoder til forebyggelse, opsporing, udredning og behandling.

Den samlede viden om metoder til forebyggelse, opsporing, udredning og behandling kommer fra den indledende scoping search og en gennemgang af litteraturen fundet ved de afgrænsede søgninger samt supplerende bidrag fra ekspertgruppen.

Samlet set er der på nuværende tidspunkt begrænset viden om virksomme metoder, opsporing og målgrupper. Der er derfor to adskilte spor i søgestrategien, der har til formål at belyse disse i en dansk og international kontekst:

- Virksomme interventioner og målgrupper for forskellige typer af interventioner
- Tidlig opsporing og målgrupper for en tidlig opsporing

Der er indledningsvis foretaget en bred afsøgning vedrørende interventioner ved selvskadende adfærd med henblik på at få et overblik over relevante behandlingstyper og tendenser. Den endelige liste af behandlingstyper er kvalificeret med ekspertgruppen og indeholder følgende søgeord (se efterfølgende tabel for uddybning):

- Compassion Focused Therapy
- Dialektisk Adfærdsterapi - også Dialectic Behavioral Therapy
- Emotion Regulation Group Therapy
- Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents
- Emotion Regulation Therapy
- Kognitiv Adfærdsterapi (også Cognitive Behavioral Therapy)
- Mentalization Based Therapy
- Problem Solving Therapy
- Remote Interventions
- Therapeutic Evaluative Conditioning

Tabel 1 Beskrivelse af forskellige modeller

INTERVENTION	BESKRIVELSE OG KAUSALMODEL
Compassion Focused Therapy (CFT)	En form for kognitiv terapi, der bruges ved tilstande, hvor skam og aggression mod selvet dominerer. Målet er at hjælpe vedkommende til at udvise mere tolerance og omsorg for sig selv og dermed være mindre dømmende og selvkritisk. CFT-teknikker bruges i flere andre terapiformer, blandt andet ERGT.
Dialektisk Adfærdsterapi (DAT)	Dialektisk Adfærdsterapi er en terapiform udviklet til behandling af følelsesmæssig dysregulation og selvskade hos patienter med borderline personlighedsforstyrrelser. DBT/DAT er en kombination af individuel terapi og færdighedstræning i en gruppe, hvor patienterne indlærer færdigheder i blandt andet følelsesregulering, indgåelse i relationer samt evnen til at udholde stress og ubehag. Med DAT bruges en pragmatisk kombination af adfærdsterapi, kognitiv terapi og zen-buddhistiske praktikker som mindfulness.
Emotion Regulation Group Therapy (ERGT)	Et 16-ugers program, der tilbydes sideløbende med vanlig behandling. Fokus er på følelsesregulering, acceptstrategier og psykoedukation om følelser og mestringsstrategier som alternativ til selvskade. Bruges i det svenske selvskadeprojekt primært som gruppebehandling men findes også som individuel terapi i en version specielt rettet til unge (ERITA), som desuden er udarbejdet i en online-version.
Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA)	Svarende til ERGT men særligt tiltænkt unge i et individuelt format, der er online-tilgængeligt.
Kognitiv Adfærdsterapi (KAT)	En terapiform, der tager udgangspunkt i, at tanker, følelser, adfærd og fysiologiske reaktioner er indbyrdes relaterede. Med KAT arbejdes blandt andet med kognitiv omstrukturering af dysfunktionelle tanker og aktive adfærdsterapeutiske strategier som fx eksponering. Kognitive tekniker indgår i Dialektisk Adfærdsterapi (se denne).

INTERVENTION	BESKRIVELSE OG KAUSALMODEL
Mentalization Based Therapy (MBT)	<p>Mentaliseringsbaseret terapi er en terapiform udviklet til behandling af borderline personlighedsforstyrrelser, der gennem individuel- og gruppeterapi samt psykoedukation sigter mod at forbedre evnen til mentalisering. Mentalisering forstås som evnen til at kunne forstå egen og andres adfærd som meningsfuld ud fra mentale tilstande.</p> <p>Mentaliseringsssvigt opfattes som en hyppig årsag til blandt andet selvskadende adfærd.</p> <p>Mentaliseringsbaseret terapi findes desuden i en udgave specifikt for unge (MBT-A), der benyttes i ambulante behandling og daghospitalet.</p>
Problem Solving Therapy (PST)	<p>En terapiform, der fokuserer på at udvikle konstruktiv og problemløsende adfærd. Rationalet i forbindelse med selvskade er en antagelse om, at mennesker skader sig selv i mangel på bedre problemløsningsstrategier. PST bliver ofte brugt sammen med andre teknikker.</p>
Remote Interventions	<p>Remote Interventions er en samlebetegnelse for interventioner med en fjernbaseret adgang, dvs. som ikke kræver den fysiske tilstedeværelse af person med selvskadende adfærd og terapeut eller behandler. Betegnelsen dækker blandt andet over – men er ikke begrænset til – interventioner gennem internetportaler, telefoniske samtaler og applikationsbaserede tilgange, fx på telefoner.</p>
Therapeutic Evaluative Conditioning	<p>Therapeutic Evaluative Conditioning er en app, der fungerer som et lille spil, der kan reducere selvskadende tanker og adfærd samt selvkritiske tanker og aversion mod sig selv.</p>

For at undgå overlap og afgrænse erfaringsopsamling er den koncentreret om studier, der:

- er fra 2013 og senere
- alene fokuserer på selvskade som følge af handlinger med ikke-suicidal intention
- ikke medtager personer med kognitive funktionsnedsættelser

- er foretaget på dansk, svensk, norsk, engelsk, tysk eller fransk
- ikke udelukkende omhandler voksne over 30 år

Enkelte artikler, der er udkommet før 2013, er inkluderet på råd fra ekspertgruppen. Se også litteraturlisten i bilag 3.

Der er udvalgt databaser til litteratursøgningen på baggrund af tidligere erfaringer og i samarbejde med ekspertgruppen. Se bilag 3.

2.2 Forskningsmæssig afgrænsning og anvendelse af diagnoser

Selvskade er beskrevet og afgrænset i lærebøger, der blandt andet kan bruges i sammenhæng med forskning i og med, at det ikke er en diagnose i WHO's klassifikationssystem ICD-10. I Grundbog i Psykiatri har forfatterne under patologiske vane- og impulsforstyrrelser beskrevet selvskadende adfærd som en kategori på linje med patologisk spillelidenskab, købemani, kleptomani mv. (Erik Simonsen & Bo Møhl 2017).

I det eksisterende forslag til ICD-11 guidelines er der en kategori "other impulsive control disorders", som på samme måde som i ICD-10 kan anvendes, når der forekommer et syndrom af gentagne handlinger, som er uden fornuftsmæssig begrundelse og kontrol, og som almindeligvis er til skade for vedkommende selv eller andre, men heller ikke her er der specifikt nævnt selvskadende adfærd. En udbredt opfattelse blandt mange fagfolk i Danmark er tilsvarende, at selvskadende adfærd ikke skal opfattes som en diagnose, men som et symptom eller en kulturelt betinget adfærd.

Selvskade er imidlertid et ikke særligt præcist defineret fænomen, og det optræder i flere forskellige sammenhænge. Det er væsentligt at sondre mellem på den ene side tilsigtet selvskade i et ikke-suicidalt øjemed og på den anden side øvrige patologier. Det viser sig blandt andet ved, at effekten af givne interventioner er forskellig.

I forskningsprogrammer indgår selvskadende adfærd ofte som et vigtigt mål for effekt af behandling af borderline personlighedsforstyrrelse, men nu indgår det også i kliniske databaser som et selvstændigt outcome-mål (se fx som defineret i Clinical Academic Groups (CAT) i King's Health Partners 2017).

For så vidt angår anvendelsen af diagnoser og sammenhæng mellem selvskade og øvrige psykopatologier er det tilfældet, at hos patienter med alvorlig tilsigtet selvskade har cirka 45 pct. en personlighedsforstyrrelse (Haw & Hawton 2008), primært borderline og antisocial. I en stor amerikansk undersøgelse blev fundet, at blandt patienter med borderline havde næsten 30 pct. selvskadet før det 12. år (Zanarini et. al. 2008). Patienter med borderline er karakteriseret ved et højt niveau af negative følelser, nedsat evne til at regulere følelser og et ustabil selv billede, hvor den selvskadende adfærd bliver en emotionelt regulerende faktor. Der er en generel sårbarhed overfor udvikling af selvskade ved alle personlighedsforstyrrelser indeholdt i ICD10 (Simonsen & Bork-Mathiesen 2017).

Selvskade indgår heller ikke som selvstændig diagnose i DSM-5 men indgår i afsnittet om "andre tilstande, der kan være genstand for klinisk opmærksomhed" under navnet: "Personligt udviklingsforløb med selvskade" (American Psychiatric Association 2013).

2.3 Forekomst

Selvskade er udbredt i Danmark, og der meldes om stort set samme forekomst blandt drenge og piger

Undersøgelser viser, at mens unge kvinder er overrepræsenterede ved selvmordsforsøg, er der ved ikke-suicidal selvskade en stort set lige kønsfordeling, hvis der ses bort fra overdosering af medicin. Der er dog systematiske forskelle på de anvendte metoder. Blandt de unge kvinder er metoden overvejende at skære sig, mens de unge mænd overvejende slår eller brænder sig. Den gennemsnitlige debutalder for selvskade er 12-16 år. Forekomsten er væsentligt større blandt psykiatriske patienter end i den øvrige befolkning.

Selvskadende adfærd vurderes at forekomme relativt hyppigt i Danmark og internationalt, særligt blandt den yngre del af befolkningen. Studier i Danmark, Sverige, Tyskland, USA og en række ikke-vestlige lande tyder på, at op til en tredjedel af *den yngre befolkning* har erfaringer med bevidst selvskade på egen krop, mens andelen er lavere for *den voksne befolkning* (Plener 2018, Hawton og kolleger 2015, Hawton og kolleger 2016, Møhl og kolleger 2014, Møhl 2016, Ghandi og kolleger 2018). Forskellige danske undersøgelser har anslået forskellige grader af selvskade i den danske befolkning, hvor der også er fundet forskelle mellem kønnene. I Sverige har et nyligt studie lagt DSM-5 kriterier til grund ved en opgørelse af forekomsten af selvskade (se afsnit 2.3.1). Den store spredning i resultaterne kan overvejende forklares med, at der inkluderes forskellige målgrupper og selvskadende metoder til selvskade i undersøgelserne.

Nedenfor gennemgås væsentlige fund af forekomster i forskellige grupper af befolkningen.

En omfattende undersøgelse foretaget af Børnerådet tyder på, at mere end hver femte *ung i 9. klasse* har skadet sig selv (Børnerådet 2016). Undersøgelsen viser, at selvskade er et problem i hele landet. Særligt udsatte er unge fra økonomisk trængte og brudte familier (hvor forældrene ikke længere er samlevende). Blandt de 22 pct., som i undersøgelsen angiver på et eller andet tidspunkt i livet at have skadet sig selv, er 2/3 piger, og 1/3 er drenge. Næsten halvdelen af dem, der oplever at blive mobbet via internettet, skader sig selv. Blandt drenge, der selvskader, gentager op til 14 pct. selvskaden mere end 20 gange inden for et år. Blandt piger er de hyppige gentagelser tilfældet for cirka halvt så mange, det vil sige syv pct. Selvskadende adfærd forekommer oftest blandt unge, der har lavt selvværd og i forvejen oplever forskellige former for daglig mistrivsel. Selvskade optræder ofte i kombination med indirekte selvskade, fx i form af hyppig opkastning efter at have spist. Ifølge undersøgelsen er de mest udbredte metoder til selvskade at skære, kradse eller slå sig.

I en lignende undersøgelse fra 2012 findes, at op til 21,5 pct. blandt danske *gymnasieelever* har skadet sig selv i større eller mindre omfang (Møhl & Skandsen 2012 i Møhl og Rubæk 2017). Denne forekomst vurderer forfatterne er sammenlignelig med, hvad der ses internationalt (Moran 2012).

I en undersøgelse fra Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2015) blev fundet, at 11 pct. af *den danske befolkning* i alderen 18-80 år havde udøvet selvskade mindst én gang. Af de 18-25-årige angiver 32 pct. at have udøvet selvskade, mens det blandt de 26-30-årige er 30 pct.

Andre undersøgelser viser, at mere end 13 pct. af eleverne i en almindelig *dansk 8. eller 9. klasse* har skadet sig selv mindst én gang (Videnscenter om spiseforstyrrelser og

selvskade 2018). Den typiske debutalder er 12-16 år (Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2018). Den første større tyske undersøgelse af forekomsten af selvskade i befolkningen indikerer en tilsvarende tendens (Plener 2016).

Erfaringer viser, at forekomsten blandt de to køn er næsten ens, dog afhængigt af, hvilken definition og afgrænsning af selvskade, der anvendes. Hvis medicinoverdosis medtages, ses ofte en overvægt af kvinder, mens beskadigelse af kropsvæv giver en næsten ligelige fordeling mellem kønnene. Der er dog forskel på den metode, der benyttes til at påføre selvskaden, idet kvinder oftest påfører selvskade på kropsvæv ved at skære i sig selv (cutting), mens mænd oftere slår eller brænder sig (Møhl 2016). Der formodes at være en potentiel sammenhæng mellem den konkrete metode til selvskade og med den bagvedliggende årsag, der for kvinders vedkommende ofte hænger sammen med et indadrettet respons, mens mænd ofte har et udadrettet respons. Selvskademønstret hos de to køn kan derfor afspejle en generel tendens, nemlig at piger og kvinder primært retter aggressioner indad, mens mænd også retter aggressioner udad, fx ved at slå hånden i en mur (Rubæk 2016).

Idet selvskadende adfærd uden suicidale intentioner ikke på nuværende tidspunkt er en selvstændig diagnose, er det ikke muligt at opgøre forekomsten statistisk. Dog er der i sygdomsbyrdestudiet foretaget af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen i 2016 søgt en tilnærmelse af forekomsten. Den viser for perioden 2010-2012, at der i gennemsnit var 7.000 personer årligt, som begik selvmord, forsøgte at begå selvmord eller udøvede selvskade. Udgivelsen estimerer desuden, at mennesker med selvskadende eller suicidal adfærd i samme periode havde 7.800 somatiske indlæggelser og 140.000 ekstra lægekontakter sammenlignet med personer, der ikke havde tendens til selvskade eller suicidal adfærd (Sundhedsstyrelsen 2016). Det forholder sig dog sådan, at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt retvisende og entydigt at belyse forekomsten via registerstudier.¹

2.3.1 Begrebsmæssig afklaring og kendskab til forekomst

Det diskuteres i faglige kredse, om der på nuværende tidspunkt kan spores en stigende tendens til selvskadende adfærd i Danmark. Det indikeres i forskellige studier, at der ses en stigning over tid, men det er dog ikke påvist. Det skyldes, at der ikke findes studier, der har benyttet de samme metoder til at opgøre forekomsten over tid. Det kan derfor ikke afvises, at den tilsyneladende stigende forekomst skyldes anvendelse af forskelligartede metoder til opgørelse af forekomsten.

Til illustration blev det i en ældre undersøgelse fra 1998 i USA estimeret, at omkring tre pct. af en befolkning havde skadet sig selv (Briere 1998). Nyere undersøgelser har fundet højere forekomster, som det ses nedenfor, men det er ikke muligt at konkludere en stigning, fordi opgørelserne er foretaget med andre metoder og i forskellige befolkningsgrupper.

Brugen af DSM-5-kriterier (American Psychiatric Association 2014) til at fastslå ikke-suicidal selvskade er på nuværende tidspunkt ikke udbredt praksis men er dog blevet foreslået som en diagnostisk model for selvskade, der anvendes nogle steder. I et svensk studie fra 2013 anførte forfatterne, at den manglende diagnose kan være en af årsagerne til de varierende estimater over forekomsten af selvskade. Her blev fundet, at ud af en randomiseret gruppe på i alt 3.060 personer i alderen 15-17 år med 50,5 pct. kvinder, havde 35 pct. oplevet at skade sig selv mindst én gang inden for et år. Af disse

¹ Det forventes imidlertid, at selvskade i 2018 vil blive etableret som en selvstændig kontaktårsag, og at dette kan bidrage til et mere entydigt billede af forekomsten blandt de personer, der kommer i kontakt med sundhedsvæsenet.

levede i alt 6,7 pct. op til de foreslåede DSM-5 kriterier for selvskade. Studiet fandt dog, at DSM-5-kriterierne i langt højere grad (11,1 pct.) var rammende for kvinder end for mænd (2,3 pct.) (Zetterqvist & Dahlström 2013). Et canadisk studie fra 2011 fandt ved brug af DSM-5-kriterier, at selvskadende adfærd i gennemsnit indtræder ved 16-års alderen med en prævalens på seks pct., heraf tre pct. med fem gentagelser eller mere.

Der er i Danmark et udbredt kendskab til selvskade, idet op til 82 pct. af befolkningen angiver at være bekendt med begrebet. I en spørgeskemaundersøgelse foretaget af Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade svarede næsten 1/3 af respondenterne, at de kendte nogle i deres omgangskreds, der havde skadet sig selv. Blandt de adspurgte gjaldt, at 65 pct. af de 18-25-årige havde kendskab til selvskade i omgangskredsen, mens andelen faldt til lidt under halvdelen blandt de 26-35-årige og faldt yderligere for den lidt ældre del af befolkningens vedkommende, hvor 20 pct. havde kendskab til selvskade i omgangskredsen. Blandt de adspurgte var kvinder overrepræsenteret, og dobbelt så mange kvinder som mænd angav at have kendskab til selvskade i omgangskredsen. Øvrige undersøgelser viser, at der er lignende tal internationalt (Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2018). Det understreges, at selv om mennesker med bekendte, der selvskader, ofte selv selvskader, er borgerrettet oplysning gennem fx informationskampagner om adfærden ikke smitsom og medfører ikke øget selvskade (Rubæk, Høring i Folketinget, 2016).

Blandt psykiatriske patienter med borderline personlighedsforstyrrelse er forekomsten af selvskade langt højere, og helt op til 80 pct. blandt personer med personlighedsforstyrrelser har påført selvskade mindst én gang (ibid.).

På nuværende tidspunkt er det vanskeligt på en forskningsmæssig baggrund at fastslå definitive tegn på selvskade, idet de kendte tegn er meget uspecifikke og ikke nødvendigvis hænger sammen med selvskade. Med mindre der allerede er diagnosticeret en psykiatrisk sygdom, som er en kraftig indikator (Metodecenteret 2016). Da der ikke findes forebyggende metoder eller interventioner med et behandlingsmæssigt sigte målrettet netop selvskadende adfærd, før patienterne kommer i psykiatrisk behandling, er det uafklaret, om en hyppigere forekomst af selvskade i dette segment skyldes en større tendens til selvskade, eller om det skyldes udfordringer med opsporing forud for mødet med psykiatrien (Møhl 2016, Rubæk 2016).

Viden om selvskade er udbredt i Danmark, og forekomsten af selvskade både nationalt og internationalt er betydelig. Forskellige kilder og eksperter i Danmark peger alle på en betydelig forekomst af selvskade uden suicidale intentioner blandt den danske befolkning og i særdeleshed blandt den yngre del af befolkningen (Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2015).

I Danmark er det således vurderet, at op til 22 pct. af elever i 9. klasse, 21,5 pct. af gymnasieelever og 11 pct. af 18-80-årige har gjort bevidst skade på sig selv med den hyppigste forekomst blandt børn og unge. Blandt den sidste gruppe gælder, det blandt 18-25-årige er op til 32 pct., mens det er 30 pct. Af de 26-30-årige (Møhl. 2016, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2018).

Selvskade er et udbredt fænomen, der oftest forekommer blandt den yngre del af befolkningen

Selvskade særligt blandt den yngre del af befolkningen er hyppigt forekommende i vestlige lande, men nyere forskning viser også forekomster i ikke-vestlige lande. Her findes også, at særligt den yngre del af befolkningen er udsat.

Bevidst selvskade er et fænomen, der er almindeligt i mange vestlige lande, særligt blandt den yngre del af befolkningen (Møhl 2016, Hawton og kolleger 2016, Hamza 2012, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2018), men der er også hyppige forekomster blandt den yngre befolkning i ikke-vestlige lande, herunder Indien, Kina og Taiwan (Yang og kolleger 2017, Lui og kolleger 2016, Kharsati 2016, Ghandi 2015).

Til trods for en hyppig forekomst og et udbredt kendskab er der begrænset med forskning i opsporing og virksomme interventioner specifikt målrettet mennesker med selvskade uden suicidale intentioner. Der er forskellige forklaringer på den nuværende situation både i Danmark og internationalt, men en væsentlig del af forklaring findes i den begrebslige sondring mellem suicidale og ikke-suicidale intentioner.

Der skelnes i international forskning ikke entydigt mellem interventioner til mennesker, der selvskader med og uden suicidale intentioner

Der findes i forskningen forskellige måder at definere selvskade, og det er ofte uklart, om der sondres mellem suicidal og ikke-suicidal intention. I nogle studier benyttes der også en anden definition end den danske, hvor der ikke sondres mellem de bagvedliggende intentioner, der giver anledning til den selvskadende handling.

Selv om selvskadende adfærd med og uden suicidale intentioner er tæt forbundne og ofte optræder sammen (Hamza og kolleger 2012, Hawton og kolleger 2016), er det vigtigt at skelne mellem de bagvedliggende intentioner for så vidt angår mulig opsporing og interventioner (Gøtzsche 2017, Møhl 2016, Metodecenteret 2016). Forskning indikerer, at hvor selvmord foretages med definitivt ønske om at gøre ende på sorg eller smerte, foretages selvskade ofte med henblik på at opnå aflastning eller lindring fra et psykisk pres gennem udvælgelse af bevidst fysisk skade på eget legeme (Rubæk 2016).

En række nylige og omfattende systematiske reviews fra Cochrane om interventioner til børn, unge og voksne (Hawton og kolleger 2015, Hawton og kolleger 2016) lægger den britiske definition af selvskade, *self-harm*, til grund. Her skelnes der ikke mellem suicidale og ikke-suicidale intentioner i den selvskadende handling, ved opsporing eller ved interventioner. Det er derfor vanskeligt at få et entydigt billede af de virksomme interventioner, der specifikt vedrører selvskade uden suicidale intentioner.

Foruden en skelnen mellem intentioner bag handlingen er den begrebslige sondring også et spørgsmål om udbredelse og alvorlighedsgrad. Selvskade er et udbredt fænomen, der i udgangspunktet er anderledes end selvmordsforsøg, men som kan forekomme på daglig basis over længere tid (Metodecenteret 2016). Desuden er den almindelige opfattelse, at selvskade er udtryk for nogle andre bagvedliggende intentioner end selvmordsforsøg, og det anføres derfor, at studier af interventioner må sondre mellem de forskellige bagvedliggende intentioner (Gøtzsche 2017, Møhl 2014, Metodecenteret 2016). I dette studie er fokus så vidt som muligt på de interventioner, der er virksomme specifikt for selvskadende personer uden suicidale intentioner.

Mens der kan peges på udsatte målgrupper i befolkningen, kan der ikke i samme entydige grad peges på målgrupper for de forskellige kendte typer af behandling.

Der ses en tydelig tendens til, at der blandt yngre i aldersgruppen 14-18 er en særlig hyppig forekomst af selvskade blandt både drenge og piger. Der benyttes forskellige metoder til selvskade, hvilket kan være et udtryk for forskelligheder i det tilsigtede formål. Der ses dog på nuværende tidspunkt i forskningen kun i begrænset omfang anvendelse af indsatser specifikt målrettet enkelte målgrupper.

2.4 Opsporing

I forskningen er det vist, at selvskadende adfærd hyppigst forekommer blandt den yngre del af befolkningen, men det ses også, at selvskade er udbredt blandt den voksne del af befolkningen og udgør et presserende problem (Metodecenteret 2016, Møhl 2015, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2015). Der er dog større usikkerhed om mulighederne for tidlig opsporing. Det konstateres, at for så vidt angår viden om opsporing og risiko er der behov for yderligere forskning på tværs af aldersgrupper.

Forskningen har givet begrænset viden om risikofaktorerne for selvskadende adfærd, men der er fundet en række symptomer eller faktorer, der ofte optræder sammen med den selvskadende adfærd. Det fremhæves, at selvskade kan være et symptom på en bagvedliggende lidelse som fx personlighedsforstyrrelse.

Der findes dog en begrænset mængde af forskning, der specifikt vedrører opsporing blandt undergrupper, og der defineres kun i et begrænset omfang forskellige målgrupper. Dog fremgår det, at selvskade ofte betragtes som et tegn på mistroivsel samt et udtryk for behov for hjælp.

I Danmark er selvskade ikke en selvstændig diagnose, og der findes ikke tilbud om behandling forud for psykiatrisk behandling

Hidtil har der i Danmark ikke været behandling tilgængelig for mennesker med selvskade, før de er kommet i kontakt med psykiatrien, og der er kun begrænset kendskab til virksomme interventioner specifikt målrettet tilsigtet selvskade.

Der benyttes dog screeningsredskaber, idet en selvskadespecifik variant over SDQ kan anvendes. Redskabet omhandler ellers generelt trivsel/mistroivsel men finder anvendelse i forbindelse med selvskade.

Andre vestlige lande, herunder Sverige og mere nyligt Tyskland, har udarbejdet nationale guidelines for håndtering af selvskade. Også her peges der dog på et behov for yderligere forskning for at finde virksomme interventioner til forskellige målgrupper af mennesker med selvskade.

Der er i Danmark ingen selvstændig diagnose for selvskade uden suicidale intentioner, og aktuelt findes der ikke tilbud om behandling målrettet selvskadende adfærd forud for psykiatrisk behandling (Møhl 2016, Metodecenteret 2016).

Der skelnes i litteraturen mellem forskellige grader af selvskade og de bagvedliggende forklaringer, idet selvskade er et fænomen, der forekommer på tværs af forskellige diagnoser:

- Alvorlig selvskade, blandt andet permanent kropslig vansiring i form af øjenfjernelse, selvkastration mv. Denne grad af selvskade er typisk forbundet med diagnoser som skizofreni eller akutte rustilstande.
- Stereotyp selvskade, der rummer gentagen selvskade uden hensyn til sociale relationer og oftest forekommer i forbindelse med mental retardering, typer af autisme og Tourettes syndrom.
- Der er en væsentlig skelnen mellem tvangsmæssig og impulsiv selvskade. Tvangsmæssig selvskade forekommer hos fx børn eller unge med autisme uden ydre anledning, men som en form for selvstimulation. Den impulsive selvskade er den hyppigste form og bruges oftest som affektregulering, selvstraf eller manglende forståelse af egne følelser (se senere). Man skelner desuden mellem forskellige alvorlighedsgrader af impulsiv selvskade:
 - 1) Lettere selvskade, hvor vedkommende bruger få overfladiske selvskademetoder (fx hindre sårheling, påføre sig rifter eller overfladisk skade af huden)
 - 2) Middelsvær selvskade, hvor der anvendes flere forskellige mere alvorlige selvskademetoder (fx at skære sig, brænde sig, slå sig selv med større kraft)
 - 3) Svær selvskade, hvor den selvskadende adfærd forekommer hyppigt og fylder meget i dagligdagen. Graden af alvor afgøres af omfanget af fysisk skade, hyppighed og anvendelse af flere forskellige metoder. Ved svær selvskade ses det desuden, at vedkommende indimellem kommer til at skade sig selv mere end intenderet samt udvikler afhængighed

Det anslås, at mange personer udøver moderate og impulsive selvskader, og at det forekommer lige så hyppigt som spiseforstyrrelser.

Der ses en tendens til, at særligt unge mennesker tyer til selvskade som affektregulering som udtryk for regulering af følelser af skam, utilstrækkelighed eller frustration *uden* bagvedliggende diagnoser. Selvskade er dog også ofte forekommende i forbindelse med en bagvedliggende patologisk tilstand (Møhl 2016, Rubæk 2016).

Noget af det, der vanskeliggør tidlig opsporing af selvskadende adfærd, er netop, at der er tale om et non-specifikt symptom. Det betyder, at den selvskadende adfærd kan optræde parallelt med, men ikke nødvendigvis er begrænset til, bagvedliggende patologiske tilstande som personligheds- eller spiseforstyrrelser, men også selvstændigt, fx som et udtryk for manglende evne til at affektregulere. Dette illustreres af den nedenstående tabel 3, der giver et overblik over mulige risikofaktorer samt identificerede symptomer eller patologiske tilstande som selvskadende adfærd kan optræde i forbindelse med.

Sverige har siden 2011 søgt at nedbringe forekomsten af selvskade gennem virksomme interventioner. Mens der i Sverige er et fokus på handleplaner efter konstateringen af den selvskadende adfærd, er der begrænset information tilgængelig specifikt vedrørende opsporing og forebyggelse. Det fremhæves i *Nationella Självskadeprojektet*, at forskning viser, at der findes utilstrækkelig viden om opsporing og risikofaktorer (Nationella Självskadeprojektet 2018). Et lignende billede ses i de nationale retningslinjer for behandling af selvskade fra Tyskland og Australien (Plener og kolleger 2018, Carter og kolleger 2016), hvor der er fokus på virksomme interventioner efter konstatering af selvskadende adfærd men begrænset viden om opsporing.

Gennem forskningen har det hidtil været vanskeligt at identificere stærke risikofaktorer, der selvstændigt kan fungere som tydelige indikationer på selvskadende adfærd. I et omfattende meta-review i *Clinical Psychology Review* fra 2015 blev således fundet, at der på nuværende tidspunkt mangler tilstrækkelig klarhed om de bagvedliggende faktorer til at kunne udpege de væsentlige risikofaktorer, der kan hjælpe med at identificere selvskade (Fox og kollegaer 2015). Viden om beskyttende faktorer er i forskningen afgrænset og præsenteres bredt. Således fremhæves 1) evnen til at håndtere negative følelser og 2) støtte fra familie eller socialt netværk (Klonsky & Glenn 2008).

I tillæg til udfordringerne med at påvise stærke indikationer er det vanskeligt at fremstille en udtømmende liste med potentielle faktorer, der kan medvirke til eller forårsage selvskade. Dog er den selvskadende adfærd ofte kendetegnet ved lav selvfølelse og negativt selvbillede (Børnerådet 2016), perfektionisme og selvkritik (Muehlenkamp og kollegaer 2009), tilknytningsforstyrrelser (Fonagy og kollegaer 2010), emotionel dysregulation (Klonsky og kollegaer 2007), barndomstraumer (Glassman og kollegaer 2007, Nock og kollegaer 2006) eller misbrug af alkohol og stoffer (Møhl og kollegaer 2014). Det opleves blandt personer med selvskadende adfærd, at en tidlig sårbarhed efterfølges af en senere belastning, der kan fungere som den udløsende begivenhed, der forårsager selvskaden, hvilket kan gøre det vanskeligt at etablere et klart forhold mellem den forårsagende begivenhed og den bagvedliggende sårbarhed (Nock og kollegaer 2009).

Der fremhæves i forskningen dog en række faktorer, hvoraf én eller flere ofte forekommer sammen med selvskade. Nedenstående tabel giver et overblik over identificerede faktorer, der kan være potentielle risikofaktorer eller fungere som mulige indikationer ved opsporing:

Tabel 2 – Selvskade som et non-specifikt symptom: Identificerede risikofaktorer samt parallelt forekommende patologier.

TYPE AF FAKTOR	BESKRIVELSE
<i>Demografisk</i>	Ungdom, herunder særligt perioden 14-18 år
<i>Demografisk</i>	Arbejdsløshed
<i>Demografisk</i>	Social isolation
<i>Familie</i>	Omfattende helbredsproblemer (psykiske såvel som somatiske) i nærmeste familie
<i>Familie</i>	Forældre oplever mentalt stress
<i>Familie</i>	Separerede eller skilte forældre
<i>Familie</i>	Konfliktfyldt forhold mellem forældre og børn
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Angst
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Depression eller depressive symptomer
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Følelser af håbløshed

TYPE AF FAKTOR	BESKRIVELSE
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Aggressiv og/eller udfarende adfærd og eksternalisering af adfærdsmæssige afvigelser
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Cluster-B personlighedslidelser
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Spiseforstyrrelser
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Internalisering af adfærdsmæssige afvigelser
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Udfordringer med regulering af affekt
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Alkohol- og stofmisbrug og/eller abstinenssymptomer
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Manglende evne til at forholde sig andre personers mentale tilstand (mentalisering)
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Alexithymi, manglende ord til at beskrive egne følelser
<i>Psykiske lidelser og/eller symptomer</i>	Skizofreni
<i>Misbrug og vanrøgt i barndom</i>	Fysisk negligering og/eller misbrug
<i>Misbrug og vanrøgt i barndom</i>	Emotionel negligering og/eller misbrug
<i>Misbrug og vanrøgt i barndom</i>	Seksuelt misbrug
<i>Selvskadende adfærd og/eller suicidal adfærd</i>	Tidligere erfaring med NSSI
<i>Selvskadende adfærd og/eller suicidal adfærd</i>	Tidligere erfaring med suicidal ideation og/eller selvmordsforsøg
<i>Selvskadende adfærd og/eller suicidal adfærd</i>	Erfaring med NSSI i umiddelbar omgangskreds, særligt i forbindelse med brug af sociale medier
<i>Misbrug</i>	Hypigt indtag af alkohol blandt unge
<i>Misbrug</i>	Indtag af cannabis blandt unge
<i>Misbrug</i>	Rygning blandt unge
<i>Øvrige</i>	Voldsomme traumer i barndom forbundet med hospitalsindlæggelse

TYPE AF FAKTOR	BESKRIVELSE
Øvrige	LGBT (lesbisk, bøsse, biseksuel eller transperson)

Kilder: Plener og kolleger 2018, Ougrin og kolleger 2015, Hawton og kolleger 2015 og 2016, Rubæk 2016 – bearbejdet af Implement

Foruden den ovenstående forekomst af faktorer er ikke-suicidal selvskade over tid desuden forbundet med en øget risiko for selvmordsforsøg samt en øget tendens til alkohol- og substansmisbrug (Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade 2015, Lui og kolleger 2018). Erfaringer viser, at selvmordsforsøg og selvmord kan forekomme efter selvskade i de situationer, hvor selvskade ikke længere i sig selv er et tilstrækkeligt redskab for den enkelte til at opnå den ønskede psykiske aflastning gennem fysisk skade (Rubæk 2016).

Til trods for de mange faresignaler og den hyppige forekomst af selvskade i befolkningen er mangler der dog viden om støtte og opsporing, og i forskning og nationale retningslinjer anføres, at der er behov for yderligere forskning i metoder til tidlig opsporing og identificering af risikofaktorer. Særligt savnes mere viden om, hvordan relevante målgrupper kan defineres, samt hvilke potentielle risikofaktorer der knytter sig til forskellige målgrupper.

2.5 Indsatser

Der er foretaget en afdækning af viden vedrørende virksomme indsatser, og i nedenstående afsnit præsenteres de væsentligste fund.

2.5.1 Overblik over indsatser

I afsnittet givet et kort overblik over de mest væsentlige fund vedrørende indsatser. For en udtømmende gennemgang af øvrige centrale referencer vedrørende interventioner henvises til bilag 2.

Der er i litteraturstudiet foretaget søgning på følgende behandlingstyper:

- Cognitive Behavioral Therapy (KAT)
- Problem Solving
- Emotion Regulation Therapy
- Emotion Regulation Group Therapy (ERGT)
- Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA)
- Compassion Focused Therapy
- Mentalisation (MBT)
- Dialectic Behavioral Therapy (DBT/DAT)
- Therapeutic Evaluative Conditioning (TEC)
- Remote Interventions

Det gælder for alle de oplyste metoder, at de anvendes i klinisk praksis ved behandling af selvskade. Blandt de forskellige typer af interventioner, der er blevet foretaget søgning ud fra, er det alene ERGT og i forlængelse af denne ERITA, der er udviklet specifikt til personer med selvskade. De øvrige metoder er udviklet til behandling af borderline eller selvskade i forbindelse med borderline og er oprindeligt klinisk efterprøvet i den forbindelse, men metoderne finder også anvendelse ved behandling af mennesker med selvskadende adfærd.

Den fundne litteratur og forskellige nationale kliniske retningslinjer om behandling af selvskaede indikerer, at der er et behov for mere præcis forskning for så vidt angår virksomme interventioner og deres målgrupper. Der er tegn på, at psykosociale interventioner er virksomme, men der er kun begrænset evidens for, at nogle former for interventioner er mere velegnede end andre. Der er særligt behov for yderligere forskning orienteret efter målgrupper, så mennesker med forskellige typer af forløb kan tilbydes den rette type behandling.

Forskningen viser forskellige virksomme psykosociale interventioner, men der er behov for yderligere forskning i effektive behandlingsmodeller, herunder særligt til differentiering af metoder med hensyn til målgrupper

Der er fundet små til moderate tegn på, at psykosociale behandlingsmodeller baseret på kognitiv terapi, mentalisering og dialektisk adfærdsterapi alle kan mindske gentagelse af selvskaede, særligt hos den yngre del af befolkningen.

Nyere forskning fra Sverige og Canada indikerer en virkning af forskellige *remote interventions* i form af internetbaseret terapi via computer eller understøttede app-baserede tilgange.

Der er ikke identificeret virksomme medicinske præparater til behandling af ikkesuicidal selvskaede.

Der findes generelt få entydigt påviste effektive behandlingsmodeller, og der er usikkerhed om en eventuelt specifik målgruppe for mange typer af interventioner. Mange større internationale studier benytter desuden forskellige standarder for inklusion, og der inkluderes derfor ofte et blandet udvalg af psykiatriske patienter eller selvskaede som følge af suicidale intentioner i forskningen (ViOSS v. Thastum 2015, Møhl 2016, Hawton og kolleger 2015, Hawton og kolleger 2016, Plener 2018, Carter og kolleger 2016).

Der er dog i nyere forskning tegn på, at forskellige typer af kognitiv terapi og psykoterapi kan være lovende, herunder særligt dialektisk adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi (Plener og kolleger 2018). Yderligere forskning er dog krævet, særligt for at finde virksomme metoder til forskellige målgrupper (Møhl 2016). Anden forskning, herunder særligt erfaringer fra Sverige, indikerer, at regulerende intervention med fjernadgang kan være virksomme. Her fremhæves blandt andet metoden ERITA som en lovende metode (Bjurebjerg og kolleger 2017). I 2015 og 2016 udkom dog omfattende Cochrane-reviews, der i en grundig gennemgang fandt begrænset evidens for virkningen af forskellige typer af interventioner med fjernadgang, fx internetbaserede. I nyere reviews, senest Plener og kolleger fra 2018, anføres, at der fortsat er behov for yderligere og mere præcis forskning i forskellige interventioner, herunder særligt for så vidt angår differentiering af målgrupper.

Der kan ikke på baggrund af forskningen anvises én psykosocial metode, der er mere virksom end andre, og det er heller ikke tilfældet for afgrænsede målgrupper. Flere forfattere vurderer, at virkningen – ligesom for andre psykologiske interventioners vedkommende – kan tilskrives relationen mellem patienten og den udførende behandler, der har dygtiggjort sig i én bestemt behandlingsmetode (Jørgensen 2018).

2.5.2 Virksomme elementer i behandlingen

Det er gennemgående svært på baggrund af forskningen at identificere de enkelte virksomme elementer i forskellige interventioner. Der kan dog fremhæves fælles karaktertræk ved de behandlingstyper, der oftest findes virksomme.

I forskningen er det svært at isolere de virksomme elementer i de forskellige interventioner

Det fremhæves, at de oftest virksomme behandlingstyper har et fælles fokus på, at selvskadende personer skal udvikle og tilegne sig nye færdigheder, hvilket stiller krav til deres evne til at lære og udvikle sig.

Der findes i forskningen ikke klare afgrænsninger af virksomme elementer til forskellige målgrupper.

Der gives i nationale handlingsplaner forslag til tilgange for det sundhedsfaglige personale.

Erfaringer fra det svenske nationale projekt og øvrige nationale retningslinjer fra andre lande angiver en række opmærksomhedspunkter, som interventioner må leve op til, eller som der skal fokuseres på for at understøtte leveringen af virksomme indsatser:

- Kendskab til selvskadende adfærd blandt sundhedsfagligt personale, der varetager psykosociale vurderinger ved første kontakt med psykiatrien og ved den efterfølgende behandling
- Uddannelse af frontlinjemedarbejdere, blandt vedrørende tidlig opsporing
- Udviklingsbaseret fokus, der understøtter tilegnelse af nye kompetencer hos den selvskadende person
- Inddragelse af patienter gennem åben dialog er essentiel og skabes gennem uddannelse af personale

I et dansk review foretaget af Metodecenteret i 2016 om virksomme elementer i indsatser til selvskade blev det fundet, at der gennemgående var opnået positive resultater forstået som mindsket selvskade ved brug af dialektisk adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi. Det virksomme og gennemgående element i de tre metoder var opøvelsen af færdigheder som sådan. Det vil sige træner evnen til at tilegne sig og udvikle færdigheder som fx evnen til at forholde sig til egne følelser (Metodecenteret 2016). Det er imidlertid vanskeligt yderligere at præcisere de forskellige virksomme elementer i metoderne.

2.6 Organisering af indsatser

Det anføres i nationale retningslinjer om klinisk behandling af selvskade, at der generelt er for lidt viden til at kunne anbefale entydigt én specifik model for organisering i leveringen af behandlende indsatser (Plener og kolleger 2018, Carter og kolleger 2016).

I de nationale retningslinjer fra Australien, New Zealand og Sverige fremgår følgende særlige opmærksomhedspunkter og retningslinjer for leveringen af indsatser:

Tabel 3 – opmærksomhedspunkter om organisering

OPMÆRKSOMHEDSPUNKT	UDDYBENDE BESKRIVELSE
Mindsket ventetid	Minimer ventetid for fremmødte ved skadestuer og sørg for, at personer ikke forlader området forud for gennemført psykosocial vurdering.
Uddannet personale	Sundhedsfaglig vurdering ved selvskade bør foretages af personer med uddannelse specifikt vedrørende mental sundhed. Øvrigt personale bør desuden være uddannet i at håndtere kontakt med personen og have med viden om selvskade.
Opfølgning	Hvis patienter præsenterer sig ved modtagelser, fx akutmodtagelser eller hospitaler, bør der følges op på patienten. Hvis patienten forlader området, inden der kan gennemføres en psykosocial vurdering, bør der følges op via telefonisk kontakt, kontakt til egen læge eller, om nødvendigt, kontakt til politiet.
Kommunikation og tilgang	Ydelser målrettet selvskadende patienter bør fokusere på at udøve respektfuld kommunikation. I forskningen er fundet tegn på, at selvskadende personer kan opleve, at personalegrupperne er nedladende i deres omgangstone, hvilket kan mindske chancerne for et succesfuldt behandlingsforløb.
Kendskab og viden	Den eller de behandlende instanser skal tilstræbe, at den selvskadende person får så meget om viden egen situation og mulige forløb som muligt for at sikre så stor en følelse af autonomi i forløbet, som det kan lade sig gøre. Dette skal gøres for at give den selvskadende person mulighed for medbestemmelse i det efterfølgende forløb.
Oplysning	Oplysning om behandlingsforløb efter første møde med psykiatrien bør udbredes. Der er ofte kun kendskab til muligheden for akut indlæggelse med ingen eller ringe kendskab til efterfølgende behandlingsmuligheder.
Udarbejdelse af en risikohåndteringsplan	Den hovedansvarlige for behandlingen samt den pågældende person med selvskade skal sammen udarbejde en plan for håndtering af individuelle risikofaktorer.
Hovedansvarlig kontaktperson for individer, der behandles af flere forskellige fagfolk	For patienter, der ofte udøver selvskade, bør der identificeres primære omsorgspersoner, der kan samarbejde med det sundhedsfaglige personale, og som kan være ansvarlige for en aktiv håndteringsplan.

Kilder: Carter og kolleger 2015, Nationella Självskadeprojektet 2015

2.7 Opsamling

Der findes i dag en del forskning i fænomenet selvskade. Følgende er de centrale fund resumeret fra litteratursøgningen:

Selvskade i Danmark

Der anvendes i den internationale forskning forskellige definitioner af begrebet selvskade, hvilket giver et uklart billede af forebyggelse og behandling.

I Danmark forstås selvskade som en bevidst selvskadende handling uden suicidale intentioner foretaget med henblik på at fungere som affektregulering eller som middel til at påvirke relationer til andre mennesker. Den selvskadende handling kan forekomme samtidigt med andre mentale lidelser, fx personlighedsforstyrrelser, men forekommer også uden tilhørende psykopatologi.

MÅLGRUPPER

FUND

I megen forskning ses en jævnbyrdig forekomst blandt mænd og kvinder men med en overrepræsentation af kvinder, hvis overdosis af medicin medtages som en type af selvskadende adfærd. Det ses en større andel af mennesker med selvskade i den yngre del af befolkningen.

I Danmark er der tegn på, at mere end hvert femte barn i 9. klasse har skadet sig selv. Hver femte unge gymnasieelev har skadet sig selv, og af disse har hver ottende gjort det inden for det seneste år. Der ses i udenlandsk forskning tegn på en lignende forekomst.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt entydigt at angive de væsentligste risikofaktorer for selvskade eller at rangordne dem. Det vanskeliggør en segmentering eller profilering på tværs af den samlede gruppe af personer med selvskadede adfærd. Gruppen fremstår i forskningen derfor heterogen og uordnet, hvilket hæmmer muligheden for en ensartet forståelse og anvendelse af begrebet 'selvskade'. Det gælder i praksis såvel som i forskning.

Der er derfor kun i begrænset omfang identificeret målgrupper, for hvilke specifikke interventioner er særligt virksomme. Der ses i Sverige dog tegn på, at ERITA-metoden, der er specifikt designet til behandling af unge med selvskadende adfærd, kan være virksomme. Det kan dog ikke siges med sikkerhed, om det er metoden i sig selv eller metoden anvendt ved den specifikke målgruppe.²

OPSPORING

FUND

Selvskadende adfærd er et non-specifikt symptom med en lang række af tilknyttede mulige risikofaktorer eller parallelt forekommende psykopatologier. Ved non-specifikt forstås, at forekomsten af selvskadende adfærd ikke er begrænset til én særlig

² Det svenske studie vedrørende ERITA (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents) er afgrænset til ikke-suicidal selvskade blandt yngre. I alt 17 piger i alderen 13-17 år har indgået i det svenske forsøg med et 12-ugers behandlingsforløb målrettet den selvskadende adfærd og de bagvedliggende kausalmekanismer.

tilstand eller psykopatologi, men at der knytter sig en række potentielle forklaringsmekanismer til forekomsten af en sådan adfærd.

Det er derfor vanskeligt fra et forskningsmæssigt perspektiv at isolere de enkeltstående faktorer, der i sig selv kan føre til en tidlig opsporing af mennesker med selvskadende adfærd, særligt for så vidt man alene betragter den del af befolkningen, for hvem selvskadende adfærd benyttes som et middel til at opnå affektregulering eller følelsesmæssigt afløb.

Der er dog i litteraturen identificeret en række relevante risikofaktorer og parallelt forekommende patologier, og studiebesøget til Sverige indikerer yderligere relevante opmærksomhedspunkter.

INTERVENTIONER

FUND

Blandt de undersøgte interventioner er alene ERGT udviklet specifikt til brug ved selvskadende adfærd. De øvrige undersøgte interventioner er alle udviklet til behandling af bagvedliggende personlighedsforstyrrelser som borderline, men har set anvendelse ved selvskadende adfærd.

Der findes i den undersøgte litteratur generelt ikke tilstrækkeligt grundlag til at konkludere, at én metode er særligt virksom i forhold til de øvrige typer af interventioner, der benyttes ved selvskadende adfærd, og i litteraturen er der tilbageholdenhed med at anviser specifikke typer af behandling som værende særligt egnede. En undtagelse er dog nyere svensk forskning, der i forbindelse med det nationale projekt i Sverige, Nationella Självskadeprojektet, angiver ERGT og ERITA som særligt virksomme interventioner. Det er muligt at anvende ERITA online, idet metoden er udviklet med henblik på dette.

En mulig forklaring på dette er, at det ikke er én specifik metode i sig selv, der er særligt virksom, men at det derimod er den rettidige behandling ved brug af én ud af flere egnede metoder, som den behandlende part føler sig tryk ved og mestrer.

Der er etableret nationale handlingsplaner med henblik på blandt andet udarbejdelse og anvendelse af virksomme interventioner specifikt vedrørende ikke-suicidal selvskade i Sverige og Australien, og mere nyligt er der udarbejdet nationale kliniske retningslinjer i Tyskland.

I store dele af verden vurderes forekomsten af selvskade i befolkningen at være på samme niveau som i Danmark. Dog med det væsentlige forbehold, at der ingen steder er lavet solide opgørelser baseret på store datamaterialer, men afgrænsede studier med forskellige afgrænsninger og dataindsamlingsmetoder.

I den internationale litteratur indgår de samme typer af indsatser og virkninger. Der er bred faglig enighed om, at er vanskeligt at udtale sig præcist om, hvad der er virksomme elementer i de forskellige indsatser i forhold til de enkelte målgrupper.

3. SVENSK ERFARINGER MED ET NATIONALT PROJEKT

3.1 Introduktion

Implement har været på et studiebesøg hos projektlederen af Nationella Självskadeprojektet i Stockholm for at få førstehåndsinformation om deres projekt jf. opdraget i satspuljeaftalen. Informationen kan som led i erfaringsopsamlingen for Sundhedsstyrelsen anvendes perspektiverende i forhold til resultaterne af videns- og praksisafdækningen og som inspiration til anbefalingerne, der skal udarbejdes.

I international sammenhæng er det meget begrænset, hvad der er gjort af erfaringer med at gennemføre større, nationale tiltag til udvikling af praksis vedrørende forebyggelse, opsporing og behandling af børn og unge med selvskadende adfærd. Således er Sverige blandt de lande, der er længst fremme med et generelt, systematisk og bredt dækkende projekt. Af andre lande kan fremhæves Australien, New Zealand og Tyskland. Der er startet et internationalt netværk af interesserede lande.

De svenske erfaringer er særligt interessante, fordi Sverige som et af ganske få lande i verden har arbejdet målrettet med et nationalt projekt med henblik på blandt andet oplysning, forebyggelse, opsporing og behandling af selvskade. Da de svenske forhold på mange måder er sammenlignelige med danske, må det formodes, at mange erfaringer vil være overførbare til dansk kontekst.

3.2 Erfaringer

3.2.1 Rammerne for projektet

Det nationale selvskadeprojekt blev igangsat af Socialministeriet og Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, en medlemsorganisation for alle kommuner, landsting og regioner) i 2011 og er løbende blevet forlænget til og med 2018.³ Initiativet skal forestå et udviklingsarbejde, der retter sig til børn og unge med selvskadende adfærd.

Hovedfokus og succeskriterier for projektet er at reducere antallet af unge med alvorlig selvskadende adfærd ved at udvikle og organisere aktiviteter, der kan skabe en bedre behandlingspraksis for unge i de tidlige stadier af selvskade. Det overordnede mål er derfor at reducere antallet af indlæggelser og tvangsforanstaltninger i denne målgruppe. Dertil har projektet til formål at udligne kvalitetsforskelle i tilgængelighed og ventetider, der kan opstå på tværs af Sveriges kommuner og regioner.

Projektet er et samarbejdsprojekt mellem Uppdrag Psykisk Hälsa (iværksat af Socialministeriet og SKL) og SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation). Det er organiseret med en styregruppe, og projektledelsen er forankret ved Karolinska Institutet, Centrum for Psykiatrforskning. Der

Medlemmer af styregruppen:

- Ing-Marie Wieselgren, SKL og Uppdrag Psykisk Hälsa (formand)
- Astrid Lindstrand, Socialstyrelsen
- Clara Hellner, Centrum for Psykiatrforskning, Karolinska Institutet
- Lise-Lotte Risö Bergerlind, Kunskapscentrum för psykisk hälsa, Västra Götalandsregionen
- Katarina Hartman, Division Psykiatri, Region Skåne
- Conny Allaskog, SHEDO

Derudover deltager Eva Klingberg og Lindha De Caprétz som projektledere. Styregruppen mødes seks gange årligt.

Kilde:
www.nationellasjalvskadeprojektet.se

³ <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/>

er også en arbejdsgruppe med deltagelse af parterne, der koordinerer og jævnligt holder status- og planlægningsmøder.

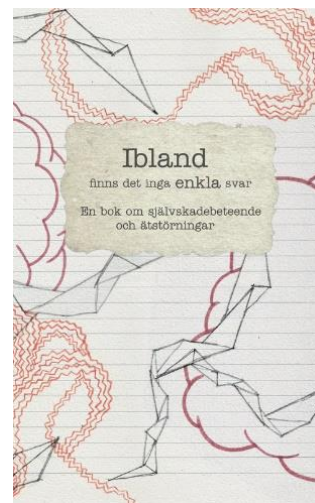
Sveriges 21 landsting er tilsluttet et af de i alt tre opdelte områder. Det nordlige område består af 12 landsting, det sydlige af syv og det vestlige af to. I hver af de tre områder er der indsat en ansvarlig leder (psykiater), 1-4 projektledere på deltid samt en projektkoordinator på deltid med koordineringsansvar. I hvert landsting er der indsat to repræsentanter for selvskadeprojektet, som videreformidler information til og fra projektet og som er vigtige for kommunikationen og samarbejdet mellem projektet og landstingene, herunder varetagelse af implementeringen.

Finansieringen af det nationale selvskadeprojekt er på 8-10 mio. svenske kroner årligt og kommer fra aftalen mellem regeringen og SKL, "Uppdrag Psykiask Hälsa".

Projektgruppen har et tæt samarbejde med brugersammenslutningen SHEDO, der blandt andet har fået midler til at udgive en bog om, hvad man tænker, når man skader sig selv. De har også uddannet 30 peers til at undervise kommunale og sundhedsfaglige medarbejdere, og de har en chat-linje, der kan benyttes af mennesker med selvskadende adfærd og deres pårørende.

Blandt projektets større tiltag er:

- Etablering af projektet med funktion som *nationalt videnscenter*, heraf aktivt facilitere videndeling og indgå i et internationalt netværk. Samtidig ønsker de at gøre sig tilgængelig for både fagfolk og den brede offentlighed. De har efter de første overvejelser i forbindelse med projektets etablering fundet, at det er mere hensigtsmæssigt at informere befolkningen (fx via filmmateriale) end at være tilbageholdende som følge af en bekymring for at inspirere nogle til selvskade. De inddrager gerne civilsamfund og medier for at øge kendskabet til tiltagene og vidensniveauet generelt i samfundet.
- Gennemførelse af et *prævalensstudie* (2013-2014), hvormed det blev estimeret, hvor mange blandt patienterne i psykiatrien, der havde selvskadende adfærd. De undersøgte forekomsten fordelt på køn, aldersgrupper, regioner og typer af psykiatrisk behandling.
- Udarbejdelse af *rekommendationer* om behandling i bred forstand (særligt rettet til psykiatrien) og materiale om elevstøtte i skoler.
- Samling af links til *støtte rettet til borgere* via telefon og hjemmeside.
- Tilbud om *uddannelse* på forskellige niveauer af personale, børne- og ungdomspsykologforeningen har lavet et train-the-trainer-uddannelseprogram på 2½ dag, hvoraf den ½ dage er et indledende e-læringsprogram til frontlinjepersonale i socialtjenesten samt politiet.
- Evaluering af *nye former for behandlingsterapi* (Emotion Regulation Group Therapy, ERGT og Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents, ERITA) specifikt udviklet til og afprøvet på mennesker med selvskadende adfærd. ERGT bruges nu i hele landet, mens ERITA afventer evalueringresultaterne.



- Etablering af *højt specialiseret behandlingstilbud i psykiatrien* som reaktion på, at 50-70 personer lider af meget alvorlig selvskadeproblematik til fare for sig selv og andre, og som ellers indlægges i retspsykiatrien, der erfaringsmæssigt ikke har de nødvendige rammer eller kompetencer. Forud for etableringen ligger et større og flerårigt udrednings- og planlægningsarbejde, hvor blandt andet brugen af tvangsforanstaltninger er blevet analyseret. Planen er at etablere tre højt specialiserede enheder fordelt rundt om i landet, hvor den første åbner i 2018 med 10 pladser. Udover behandlingen af visiterede patienter skal enhederne supervisere lokale psykiatriske behandlingstilbud, eftersom ikke alle patienter vil profitere af at skulle indlægges langt væk hjemmefra og i længere tid. Generelt tilstræbes nemlig ikke (lange) indlæggelser, da mange ikke har gavn af det (men det modsatte).

Særlige forhold ved projektets rammer kan fremdrages som nogle, der har væsentlig betydning for dets gennemførelse og resultater:

Projektet har et *nationalt setup og fokus*, som muliggør både en forening af kræfter og en udligning af kvalitetsforskelle på tværs af landet. En tæt kommunikation og kontakt mellem projektets centrale ledelse og landsting/kommuner er afgørende for udbredelsen af metoder og materialer. Også forbindelsen mellem landsting og kommuner indbyrdes kan give gensidig inspiration og motivation for at sætte noget i værk.

Uddannelsen ved brug af *train-the-trainer-konceptet* er effektivt til at udbrede viden og skabe opmærksomhed i store dele af landet. Samtidig fremmer det lokalt ejerskab.

Projektets *samarbejdskonstruktion*, der involverer fagfolk/forskere, myndigheder og brugersammenslutninger/civilsamfund, kan styrke det samlede vidensgrundlag, adgangen til netværk, legitimiteten og autoriteten bag tiltagene.

I de første år er *udgifterne til uddannelse* af kommunale terapeuter mv. blevet afholdt af projektet, hvilket har understøttet en stor deltagelse. Ligeledes er ophold for deltagere langvejs fra blevet betalt. Det har været en styrke for opstarten af projektet (som dog har set tegn på, at villigheden bliver mindre efter en nylig indførelse af betaling for uddannelse).

Dedikeret, *fuldtidsprojektledelse* har været en afgørende ressource, der muliggør kontinuitet og tilgængelighed, som er uundværlig (erfaredede de efter at have været startet med en deltidsprojektledelse). Projektlederen behøver ikke at være en fagperson, idet faglige eksperter kan tilknyttes og bidrage.

Det er projektledelsens oplevelse, at der har været så åbenbart et behov for projekttiltagene, og de har oplevedes så relevante, at *evalueringerne* har kunnet fokusere på processer og udbredelse snarere end virkninger. Udover afprøvningen af de nye behandlingsmetoder har de fleste tiltags karakter (fx videndeling, rådgivningsmaterialer og kompetenceudvikling) og decentrale selvvalgte implementeringsforløb betydet, at det er en grundlæggende præmis, at det er vanskeligt at påvise specifikke virkninger forstået som resultater eller outcome.

De udarbejdede *rekommendationer* er udgivet i projektregi; det vil sige, at de ikke i juridisk forstand er forpligtende for fagfolk med status som anbefalinger, da de ikke er udarbejdet af en myndighed. Det har til gengæld givet friere rammer og muliggjort et bredere indhold baseret på viden skabt ved andre metoder end randomiserede kliniske studier. Da Karolinska Institutet og den nationale sundhedsmyndighed er nogle af parterne bag udgivelsen, er den blevet godt modtaget.

3.2.2 Metoder til forebyggelse, opsporing og behandling

Flere tiltag vedrører både forebyggelse, opsporing og behandling eller har en indirekte betydning herfor. Følgende kan dog uddrages.

Tiltag vedrørende *forebyggelsesaspekter* omfatter nationale konferencer og undervisning i kommuner og regioner for at sætte fokus på unges sundhed og velvære samt for at udbrede viden om og opfattelsen af selvskadende adfærd blandt unge. Projektet startede med en videns- og erfaringsindhentning (det tidligere nævnte prævalensstudie) for at få et billede af behov og eksisterende tilbud som et udgangspunkt. Det vides ikke eksakt, om antallet af mennesker med selvskadende adfærd er stigende, men de formoder det. De havde forventet, at det overvejende drejede sig om piger, men det viste sig også at være drenge/unge mænd.

Tiltag vedrørende *opsporingsaspekter* omhandler undervisning af kommunalt og sundhedsfagligt personale. En central dimension omfatter den professionelle kontakt med de selvskadende, da det er afgørende for opsporingen. Projektgruppen har særligt haft fokus på at ruste de somatiske skadestuer og børne- og ungdomspsykiatrien igennem undervisning og udvikling af videomateriale, pjecer og bøger med vejledninger og anbefalinger. Nationale konferencer er ligeledes et tiltag, hvor projektgruppen forsøger at nå bredt ud til blandt andet folkeskoler, der har den daglige kontakt med børn og unge.

Tiltag vedrørende *behandlingsaspekter* omhandler både konkrete anbefalinger til behandling og videreformidling af platforme til behandling i form af chat- og telefonlinje med professionelle, som både målgruppen og pårørende kan benytte. Online-terapi er en nyudviklet behandlingsplatform (afprøves i forbindelse med ERITA), som forsøger at imødekomme de unges behov. Initiativet, som fortsat er i forsøgsstadiet, gør det muligt at gennemføre et behandlingsforløb med en terapeut via en app efter et fysisk møde.

Der er i projektet et ønske om også at kunne iværksætte tiltag rettet til sociale bosteder, hvor kvaliteten af støtten til de unge med selvskadende adfærd vurderes at kunne højnes og ensartes.

3.3 Opsamling

I Sverige pågår på syvende – og sidste – år et nationalt projekt, Nationella Självskadeprojektet, der skal udvikle og udbrede viden og metoder til forebyggelse, opsporing, udredning og behandling af børn og unge med selvskadende adfærd. Det gælder alvorlighedsspektret fra personer i mistrivsel med tegn på mulig selvskade til personer med alvorlig og indlæggelseskrævende selvskadende adfærd i psykiatrien. Derfor omfatter projektet blandt andet informationskampagner til (dele af) befolkningen, uddannelse til fagpersoner i forskellige sektorer, der er i berøring med målgrupperne, behandlingsmetoder målrettet selvskadende børn og unge samt etablering af psykiatriske enheder med særlige kompetencer. I projektet er der således mange erfaringer med udviklingstiltag, organisering og gennemførelse, opsamlet viden og konkrete materialer, som befolkningen, organisationer, kommuner og regioner (psykiatrien) har gavn af. En meget stor del af dette vurderes at være gyldigt og overførbart til Danmark.

BILAG 1. SØGESTRATEGI

De nedenstående figurer beskriver søgestrategien. Der er desuden foretaget supplerende søgninger undervejs i øvrige databaser, herunder danske. Disse søgninger er foretaget ud fra samme søgestreng, men er for de danske databaser tilpasset. Der er lagt følgende eksklusionskriterier til grund undervejs i søgningen:

- Artikler ældre end 2013 medtages ikke, medmindre der direkte opfordres til dette gennem den tilknyttede ekspertgruppe.
- Der differentieres i artiklen ikke direkte mellem suicidal og ikke-suicidal selvskade, eller artiklen omhandler alene suicidal selvskade.
- Studiet omhandler alene voksne over 30 år.
- Sproglige afgrænsninger: Der medtages kun dansk, tysk, engelsk, fransk og skandinaviske sprog.
- "Intellectual handicap" medtages ikke. Der er foretaget en kvalitativ vurdering af interventiongruppen ud fra abstracts. Udviklingshæmning, "mental retardation", intellektuelle udfordringer og lignende har alle medført eksklusion, da disse grupper er særligt disponerede for selvskade, der ikke udføres med det tilsigtede formål, der er interessant for dette studium.

Søgestrategien har givet i alt 149 artikler, der er blevet benyttet i litteraturstudiet. Som supplement til disse har den tilknyttede ekspertgruppe leveret yderligere artikler, der er blevet benyttet som en del af litteraturgrundlaget. Bilag 3 indeholder litteraturlisten med de artikler, der direkte refereres til i litteraturstudiet. Bilag 4 indeholder den udtømmende liste over de 149 artikler fundet ved søgningen eksklusive supplerende artikler leveret af de tilknyttede eksperter.

3.1 Søgestrategien

Figur 1. Illustration af søgestrategien



3.2 Søgestreng, interventioner

Figur 2 – Søgestreng, interventioner

STRENG 1 – MESH OG ØVRIGE TERMER	And	STRENG 2 – INTERVENTIONER DER SØGES EFTER
MeSH: Self-injurious behavior Or Title / Abstract:		Or Title / Abstract (behandlingstyper)
Behavior, Self-Injurious		Cognitive behavioral therapy
Behaviors, Self-Injurious		Problem solving
Self Injurious Behavior		Cognitive behavioural
Self-Injurious Behaviors		Multiple repetitions
Nonsuicidal Self Injury		Personality disorder
Nonsuicidal Self Injuries		Emotional regulation therapy group
NSSI		Emotional regulation individual
NSSID		ERITA
Self Injuries, Nonsuicidal		ERT
Self Injury, Nonsuicidal		ERGT
Self-Injury		Emotion regulation therapy
Self Injury		Mentalization
Self-Injuries		Mentalisation
Non-Suicidal Self Injury		Mentalisering
Non Suicidal Self Injury		Dialectic behavioral therapy
Non-Suicidal Self Injuries		Dialektisk adfærdsterapi
Self Injuries, Non-Suicidal		DBT
Self Injury, Non-Suicidal		DAT
Self-Destructive Behavior		Compassion Focused Therapy
Behavior, Self-Destructive		Evaluative conditioning
Behaviors, Self-Destructive		Case management
Self Destructive Behavior		Remote interventions
Self-Destructive Behaviors		Interventions
Deliberate Self-Harm		
Deliberate Self Harm		
Self-Harm, Deliberate		
Parasuicide		
Parasuicides		

3.3 Søgestreng, opsporing

Figur 3 – Søgestreng, opsporing

STRENG 1 – MESH OG TERMER	And	STRENG 2 – SØGEORD TIL OPSPORING
MeSH: Self-injurious behavior Or Title / Abstract:		Or Title / Abstract (opspringstyper)
Behavior, Self-Injurious		Detection
Behaviors, Self-Injurious		Tracking
Self Injurious Behavior		Symptoms
Self-Injurious Behaviors		Discovery
Nonsuicidal Self Injury		Preventive
Nonsuicidal Self Injuries		Treatment
NSSI		Frequency
NSSID		Intensity
Self Injuries, Nonsuicidal		Extent of
Self Injury, Nonsuicidal		Loss of function
Self-Injury		
Self Injury		
Self-Injuries		
Non-Suicidal Self Injury		
Non Suicidal Self Injury		
Non-Suicidal Self Injuries		
Self Injuries, Non-Suicidal		
Self Injury, Non-Suicidal		
Self-Destructive Behavior		
Behavior, Self-Destructive		
Behaviors, Self-Destructive		
Self Destructive Behavior		
Self-Destructive Behaviors		
Deliberate Self-Harm		
Deliberate Self Harm		
Self-Harm, Deliberate		
Parasuicide		
Parasuicides		

3.4 Databaser

Figur 4 – Databaser til søgning

SØGESTEDER
PubMed (internationalt)
PsycINFO (internationalt)
Cinahl Plus (internationalt)
Bibliotek.dk (dansk)
LIBRIS (svensk)
Norart (norsk)
Campbell forskningsoversigter (N2C)
Social Care Online (engelsk)
ChildData (engelsk)
Social Work Abstracts (internationalt)
Social Services Abstracts (internationalt)
SocINDEX (internationalt)
Sociological Abstracts (internationalt)
Campbell library (internationalt)
Cochrane Library (internationalt)
Applied Social Sciences Index and Abstracts (internationalt)
- Web of Science
- Embase
- BibSys

3.5 Fund fra søgning

Figur 5 – Fund fra søgning

SØGNING	DATABASE	N =	STADIE
MeSH (Self-injurious behavior)	PubMed	63166	Scoping
MeSH (Self-injurious behavior) NOT (suicide)	PubMed	6967	Scoping
Title / abstract søgestreng s. 5	PubMed	6331	Scoping
Term (Self-destructive behavior)	PsycInfo	1097	Scoping
MeSH (Self-injurious behavior) NOT (Suicide) OR Title / Abstract (søgestreng s.5)	PubMed	11078	Scoping
Intervention søgeord	PubMed	417864	Scoping
MeSH NOT suicide OR Title / Abstract AND intervention søgestren (s.5)	PubMed	1434	Intervention
Self-destructive behavior and (Søgestreng intervention) (s. 5)	PsycInfo	284	Intervention
Øvrige tilføjet fra referencer og supplerende databaser	Øvrige	22	Intervention
MeSH NOT Suicide OR Title / Abstract AND opsporing søgeord	PubMed	271	Opsporing
Self-destructive behavior AND opsporingsord	PsycInfo	3	Opsporing
Øvrige tilføjet fra reference eller supplerende databaser	Øvrige	15	Opsporing
Efter rens af dubletter		1656	
Screening title/abstract og eksklusion		149	

BILAG 2. CENTRALE REFERENCER OM INDSATSER

I de opdaterede Cochrane-reviews findes, at kognitiv psykoterapi og dialektisk adfærdsterapi er potentielt virksomme interventioner

De opdaterede Cochrane-reviews fra 2015 og 2016 er blandt de mest systematiske gennemgange af forskning vedrørende selvskadende adfærd i de seneste år. Det samlede review består af i alt tre delstudier: ét vedrørende psykosociale interventioner for børn og unge, ét vedrørende psykosociale interventioner for voksne og ét vedrørende brug af psykofarmaka hos voksne.

Der skelnes ikke mellem selvskade som følge af suicidale eller ikke-suicidale intentioner, og resultaterne må derfor tages med det forbehold.

I det opdaterede Cochrane-review fra 2016 om selvskade hos børn og unge foretog en gennemgang af 11 forskellige studier med i alt 1.126 deltagere, hvoraf størstedelen var kvinder (Hawton og kolleger 2016). De væsentlige fund her var, at der var begrænset forskning specifikt vedrørende interventioner for børn og unge, og den tilgængelige forskning fik generelt en lav kvalitetsmæssig vurdering. Der blev fundet begrænset støtte for gruppebaserede terapeutiske tilgange for unge, der selvskader flere gange.

Resultaterne for undersøgelser vedrørende terapeutisk vurdering, mentalisering og dialektisk adfærdsterapi viste, at der for alle tre var et positivt grundlag for yderligere forskning, men at der dog ikke kunne konkluderes entydigt, at nogle af metoderne opnåede stærkere resultater end øvrige behandlingstyper. Det anføres, at der er behov for yderligere forskning i intervention, og at udvikling af nye interventioner bør ske i et tæt samarbejde med patienter.

I et tilsvarende Cochrane-review fra 2016 vedrørende psykosociale interventioner for voksne med selvskade blev foretaget en gennemgang af 55 forskellige studier med i alt 17.699 deltagere (Hawton og kolleger 2016). 18 studier vedrørte kognitiv adfærdpsykoterapi, herunder kognitiv adfærdsterapi eller løsningsorienteret terapi. Ni studier vedrørte interventioner i forbindelse med gentagen selvskade og formodet personlighedsforstyrrelse. Fire studier vedrørte case management, dvs. tilknytning af en case manager gennem et forløb. Yderligere elleve studier omfattede remote interventions, dvs. kontakt over afstand fx per telefon eller skriftligt.

Der blev fundet, at kognitivt baseret psykoterapi kan medføre, at færre mennesker gentager selvskadende adfærd. Dialektisk adfærdsterapi fremhæves som en virksom intervention for mennesker med flere episoder af selvskade og/eller formodet personlighedsforstyrrelse, der kan føre til en reduktion i frekvens af selvskadende adfærd. Der blev ikke fundet tegn på mindsket selvskade som følge af hverken case management eller remote interventions. Kvaliteten af de udførte studier blev generelt vurderet som lav til moderat.

I den sidste del om brug af psykofarmaka hos voksne var der få tilgængelige studier og lav kvalitet af disse, og således blev der ikke fundet grundlag for at drage konklusioner om brug af psykofarmaka som intervention ved selvskadende adfærd.

I nyere amerikansk forskning findes, at dialektisk adfærdsterapi, mentaliseringsbaseret terapi og kognitiv adfærdsterapi er virksomme indsatser ved selvskade, der kræver yderligere forskning

Ougrin og kolleger foretog i 2015 en omfattende metaanalyse af litteratur vedrørende interventioner til selvskade og suicidal adfærd. I gennemgangen skelnedes mellem interventioner egnet til suicidal adfærd og interventioner egnet til ikke-suicidal selvskade.

Der blev identificeret i alt 19 forskellige randomiserede, kontrollerede studier og yderligere fem daværende "grå" studier under udarbejdelse. Review'et dækkede en række metoder, herunder individuel og gruppeterapi, problemløsningsterapi, forskellige følelses- og affektreguleringsforløb, hjemmebaseret familierapi leveret via socialarbejdere, psykodynamisk gruppeterapi samt en sammenligning med "treatment as usual" forstået som de på daværende tidspunkt oftest anvendte typer af behandling ved selvskade.

I studiet blev der fundet virksomme indsatser men ikke tilstrækkelig evidens til entydigt at anbefale udvalgte metoder som værende særligt egnede til at mindske selvskade. Det blev desuden vist, at terapeutiske interventioner ofte mindsker frekvensen af selvskade over tid, og at der blandt de undersøgte metoder er størst tegn på virkning ved brug af dialektisk adfærdsterapi, kognitiv adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi, uden at det dog er muligt at angive de mekanismer ved de forskellige interventioner, der forårsager deres virksomhed (Ougrin og kolleger 2015).

I de første kliniske retningslinjer for behandling af selvskade fra Tyskland anbefales, at særligt forskellige former for psykoterapi bør overvejes i behandlingen af mennesker med selvskadende adfærd

I et omfattende metareview fra Tyskland fra 2018 blev fundet, at op til 25-35 af unge voksne i Tyskland har oplevet mindst en episode med selvskade på egen krop, mens op til 50 pct. af børn har oplevet tilsvarende. Studiet angiver, at der til dato ikke er fundet evidens for, at psykofarmaka er særligt virksom for så vidt angår behandlingen af selvskadende adfærd. Det fremhæves, at forskellige former for psykoterapi kan være virksomme i forhold til at mindske gentagelsen af den selvskadende adfærd. Blandt de undersøgte metoder fremhæves særligt dialektisk adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi som virksomme, uden at det dog kan påvises entydigt, hvad de særligt virksomme elementer af de forskellige metoder er.

Studiet angiver en lang række risikofaktorer, som alle medfører en øget tilbøjelighed til selvskade. Disse er fremhævet under afsnit 4. Den tyske metaanalyse henviser til det amerikanske studie af Ougrin og kolleger for så vidt angår virksomheden af forskellige psykoterapeutiske interventioner. På baggrund af disse og andre fund om virksomme metoder angiver de tyske retningslinjer følgende elementer, der må overvejes i forbindelse med den virksomme behandling af selvskade:

- Klar aftale med patient om behandling og det videre behandlingsforløb
- Udvikling af motivation hos patient til at starte med på og fortsætte med behandling
- Uddannelse af personale
- Identificering af risikofaktorer, der forårsager eller opstår i forbindelse med selvskade
- Oparbejdelse af kapabiliteter til at håndtere og regulere egen affekt uden udøvelse af selvskade, fx gennem adfærdsregulering eller konflikt håndtering
- At fokusere på supplerende behandling til patientgrupper med mentale forstyrrelser, da der ofte er en hyppigere forekomst af selvskade blandt disse grupper

Dette er i tråd med fund fra de nationale, australske retningslinjer, der fremhæver særligt fokus på motivation til forandring, støtte til afholdenhed, miljøorienteret støtte (fx familieunderstøttende tiltag) og fokus på en sund søvnrytme.

Disse retningslinjer i kombination med psykoterapeutiske tiltag kan medføre en mindsket gentagelse af selvskadende adfærd.

Canadiske erfaringer med app-baseret understøttelse af terapeutiske forløb indikerer, at fjernadgang kan fungere supplerende og fremme effekten af eksisterende interventioner

Canadisk forskning fra 2018 indikerer, at en telefonbaseret applikation (BlueIce) kan benyttes til at understøtte igangværende terapeutiske forløb. Forskningen udspringer som et resultat af mange applikationer, der henvender sig til folk med psykiske lidelser, men uden at nogle af disse er specifikt tiltænkt en yngre, selvskadende målgruppe, samt at få eller ingen af disse applikationer har været en igennem en systematisk evaluering.

Applikationen fungerer ved, at de unge benytter et "følelshjul" til at angive deres mentale tilstand på dagen samt føre en dagbog, der over tid kan give de unge indblik i egne adfærdsmønstre. Applikationen tilbyder desuden direkte telefonisk kontakt til en række understøttende og behandlende funktioner. Applikationen kan anvendes som et supplement til et terapeutisk forløb.

Forskningen, der lige nu er i fase 1, indikerer, at der for unge mennesker i alderen 12-17 år, der er tilknyttet specialiseret behandling målrettet unge mennesker med selvskade, kan være gavnlige effekter af en applikationsbaseret understøttelse af behandlingsforløbet. Blandt de personer, der anvendte applikationen over en given periode, oplevede op imod 75 pct. en mindsket hyppighed af selvskade over perioden (Grist og kolleger 2018, Stallard og kolleger 2018).

Svenske erfaringer med gruppebaserede og individuelt baseret følelsesreguleringsforløb viser tegn på virksomhed men kræver dog yderligere forskning

Et svensk studie fra 2017 undersøger ERGT (Emotion Regulation Group Therapy) og finder, at metoden viser tegn på lovende resultater. Studiet har vist over tid at kunne medføre et øget ønske om behandling eller ændret status hos patienter samt en mindsket frekvens af selvskade over tid (Sahlin & Bjurebjerg 2017).

Forløbet består typisk af 14 ugers adfærdsregulerende terapi i grupper. I metoden anvises et specifikt virksomt element i behandlingen af den selvskadende adfærd, idet der tager udgangspunkt i evnen hos mennesker med selvskade til at udøve affektregulering. Det er hypotesen, at der blandt mennesker med selvskade er en dysfunktionel evne til at regulere egne følelser og egen affekt, hvilket medfører behovet for det fysiske afløb.

Et studie fra 2018 af de samme forfattere undersøger en lignende metode dog tilpasset individer. ERITA (Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents) er et forløb over 12 uger, der i individuelle behandlingsforløb forsøger at afhjælpe den antagende dysfunktionalitet for så vidt angår evnen til at håndtere og regulere egne følelser (Bjurebjerg & Sahlin 2017).

Studiet fandt positive og lovende tendenser ved anvendelse af metoden, og der var tegn på virksomhed både umiddelbart efter gennemført forløb og seks måneder efter. Studiet fandt så positive resultater ved anvendelse af metoden, at det kan konkluderes i studiet, at ERITA er en anvendelig behandlingsmetode ved interventioner til mennesker med selvskadende adfærd.

BILAG 3. LITTERATURLISTE

I litteratursøgning er der jf. bilag 1 fundet i alt 149 relevante referencer. En del af disse er systematiske reviews og metaanalyser, der samler op på fund fra en række studier med henblik på at give et overblik over væsentlige forskningsresultater. I rapporten henvises primært – men ikke udelukkende – til disse systematiske reviews og metaanalyser, idet de i stort omfang også er dækkende for øvrige referencer. Den nedenstående liste udgør de referencer, der er direkte anvendt eller citeret.

American Psychiatric Association (2014) Diagnostiske kriterier DSM-5, Håndbog, Hogrefe Psykologisk forlag

Bjurebjerg & Sahlin (2017) Emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: A feasibility study, *BMC Psychiatry*, 2017 volume 17

Briere and colleagues (1998) Self.mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, Correlates, and Functions, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4) October, 1998.

Børnerådet (2016) Børneindblik 4/16 Analysenotat fra Børnerådet nr. 4 2016, 3. årgang maj 2016

Carter and colleagues (2016) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2016 volume 50(10) 939-1000

Fonagy and colleagues (2010) *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*: Other Press 2010

Fox, Kathryn R., and colleagues (2015) Meta-analysis of risk factors of non-suicidal self-injury. *Clinical Psychology Review* 42 (2015) 156-167.

Gandhi and colleagues (2016) Non-suicidal self-injury and other self-directed violent behaviors in India: A review of definitions and research, *Asian Journal of Psychiatry*, 2016 Volume 22 pp. 196-201.

Ghandi and colleagues (2018) Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data, *Comprehensive psychiatry*, 2018 volume 80 pp. 170-178

Glassman and colleagues (2007) Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy* 2007; 45(10): 2483-90.

Grist and colleagues (2018) Acceptability, use, and safety of a mobile phone app (Bluelce) for young people who self-harm: qualitative study of service user's experience, *JMIR Mental Health*, 2018 volume 5 issue 1 pp. e.16

Gøtzsche (2017) Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review, *Journal of the society of royal medicine* 2017 volume 110(10) 404-410, Nordic Cochrane Centre

Hamza & colleagues (2012) Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model, *Clinical Psychology Review* 32 (2012) 482-495

Haw & Hawton (2008) Life problems and deliberate self-harm: Associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder, *J Affective Disorder* 109: 139-148

- Haw & Hawton (2011) Living alone and deliberate self-harm: a case-control study of characteristics and risk factors, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, volume 46 issue 11
- Hawton & colleagues (2012) Self-harm and suicide in adolescents, *Lancet Journal* 2012, 379: 2372-82, Centre for suicide research, University department of psychiatry, university of Oxford.
- Hawton and colleagues (2015) Interventions for self-harm in children and adolescents, *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015 Issue 12 pp. CD012013
- Hawton and colleagues (2015) Pharmacological interventions for self-harm in adults, *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015 issue 7 pp. CD011777
- Hawton and colleagues (2016), Psychosocial interventions for self-harm in adults, *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016 issue 5 pp. CD012189
- Kharsati & Bhola (2015) Patterns of non-suicidal self-injurious behavior among college students in India, *The International Journal of Social Psychiatry*, 2015 volume 61 issue 1 pp. 39-49
- Jørgensen, Carsten René (2018) *Den Psykoterapeutiske Holdning*, Hans Reitzels Forlag
- Khasarti & Bola (2016) Self-injurious behavior, emotion regulation, and attachment styles among college students in India, *Industrial Psychiatry Journal* 2016 volume 25 issue 1 pp. 23-38
- King's Health Partners, (2017) *Mood, Anxiety and Personality Clinical Academic Groups (CAG)*, An Academic Health Sciences Centre, London
- Klonsky (2011) Non-suicidal self-injury in the United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions, *Psychological Medicine* (2011) 41, 1981-1986, 10.1017
- Klonsky (2007) The Functions of Deliberate Self-Injury: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology Review* 2007; 27 (2): 226-39
- Klonsky & Glen (2008) i *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*, M. Nixon and colleagues (2008),
- Liu og kolleger (2016) Screen time on school days and risks for psychiatric symptoms and self-harm in mainland Chinese adolescents, *Frontiers in psychology*, 2016 volume 7 pp. 574
- Liu og kolleger (2018) Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet, Psychiatry*, 2018 volume 5 issue 1 pp. 51-64
- Metodecenteret (2016) Virksomme indsatselementer i behandlingen af selvskadende adfærd – en litteraturgennemgang, Metodecentret v. Sofie Ilsvard (2016), Metodecentret Center for Innovation & Metodeudvikling
- Moran and colleagues (2012) The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population based cohort study, *Lancet Journal* 2012, 379: 236-43
- Muehlenkamp JJ and colleagues (2009) Non-Suicidal Self-Injury in College Students: The Role of Perfectionism and Rumination. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2009; 39 (6) 576-87
- Møhl & Simonsen (2017) *Grundbog i psykiatri* (ed.) Hans Reitzels forlag

- Møhl & Skandsen (2012) The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students, *Personal Mental Health* 2012, 6, 147-55 i Møhl og Rubæk 2017 & Møhl 2016
- Møhl (2015) *Selvskade – psykologi og behandling*, Hans Reitzels forlag
- Møhl (2016) Den dulmende smerte, *Leder i ugeskrift for læger*, 2016:178.V68569
- Møhl og kolleger (2014) Non-suicidal self-injury and indirect self-harm among Danish high school students, *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, Bind 2, nr. 1, 2014 s. 11-18
- Møhl og Rubæk (2017), Når børn og unge skærer smerten bort, *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift* (endnu ikke udgivet)
- Nationella Självskadeprojektet (2018) Definitioner, viden om selvskade, risikofaktorer, forekomst i psykiatrien og den brede befolkning (hjemmeside)
- Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology* 2006; 115(3): 616-23.
- Ougrin and colleagues (2015) Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2015 volume 54 issue 2 pp. 97-102 e.2
- Plener and colleagues (2017) Nonsuicidal self-injury in adolescence: a clinical guideline for diagnostics and therapy, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2017 volume 45 issue 6 pp. 463-474
- Plener and colleagues (2016) Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines, *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2016 volume 10 pp. 46
- Plener and colleagues (2018) Nonsuicidal self-injury in adolescents, *Deutsches Arzteblatt International* 2018 volume 115 issue 3 pp. 23-30.
- Rubæk (2016) Høring i Folketinget 2016
- Rubæk (2016) *Selvskadens psykologi*, København 2016
- Sahlin & Bjurebjerg (2017) Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: a multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design, *BMJ open*, 2017 volume 7 issue 10 pp. e016220
- Simonsen & Bork-Mathiesen (2017) *Personlighed og personlighedsforstyrrelser, ICD10 (kapitel 11)*, Reitzels forlag
- Stallard and colleagues (2018) A smartphone app (BlueIce) for young people who self-harm: Open phase 1 pre-post trial, *JMIR mHealth and uHealth*, 2018 volume 6 issue 1 pp. e.32
- Sundhedsstyrelsen (2016) *Sygdomsbyrden i Danmark: Ulykker, selvskade og selvmord ved Strøbæk*, Flachs, Ryd, Davidsen, Eriksen, Jensen, White, Juel, Statens Institut for Folkesundhed, 2016, Sundhedsstyrelsen
- Tang and colleagues (2011) Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: A cross-sectional study, *PLoS One*, 6(4), e17977
- Turecki & Brent (2016) Suicide and suicidal behavior, *The Lancet Journal*, 2016 387: 1227-39, McGill Group for Suicide Studies, Department of Psychiatry, McGill University

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (2015) Behandling af selvskade v. Rasmus Thastum (publikation)

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (2015) Selvskade i den danske befolkning

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (2015) Selvskade i den danske befolkning, København (publikation)

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (2018) Forekomst af selvskade i Danmark (hjemmeside)

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (2018) Forløb og prognose (hjemmeside)

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (2018) Hvad er selvskade (hjemmeside)

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (2018) Typer af selvskade (hjemmeside)

Yang and colleagues (2017) Deliberate self-harm among Chinese medical students: A population-based study, *Journal of affective disorders*, 2016 volume 202 pp. 137-144

Zanarini et. al. (2008) The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects, *Acta Psych Scand* 117: 177-184

Zetterqvist & Dahlström and colleagues (2013) Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder, *J Abnorm Child Psychology* (2013) 41: 759-773

BILAG 4. GENNEMGANG AF INDLEDENDE FUND FRA LITTERATURSØGNING

I nedenstående skema gives et overblik over de 149 artikler fundet ved litteratursøgningen. Artiklerne er kategoriseret ud fra:

- Intervention: Randomiserede interventioner og behandlingstiltag
- Risikofaktorer: Risikofaktorer i en bred forstand; både som tidlig indikation på selvskade og faktorer, der potentielt kan forværre selvskade over tid, fx mangelfuld behandling, nedladende adfærd, eller gentagen selvskade
- Screeningsværktøj: Værktøjer til klinisk anvendelse med henblik på at screene for selvskadende adfærd
- Beskyttende faktorer: Beskyttende faktorer i en bred forstand; både som tidlig indikation på fravær af selvskade og faktorer, der potentielt kan mindske selvskade over tid, fx opbyggelse af tillidsfyldte relationer
- Forekomst: Forekomst i bred forstand; blandt et lands befolkning og målgruppen for et behandlingstiltag

ARTIKEL	KATEGORI
Aggarwal, S., & Berk, M. (2015, August). Nonsuicidal self-injury in Indian adolescents: Nonexistent or unacknowledged? <i>The International Journal of Social Psychiatry</i> . England.	Forekomst, risikofaktorer, beskyttende faktorer
Aggarwal, S., Patton, G., Reavley, N., Sreenivasan, S. A., & Berk, M. (2017). Youth self-harm in low- and middle-income countries: Systematic review of the risk and protective factors. <i>The International Journal of Social Psychiatry</i> , 63(4), 359–375.	Forekomst, risikofaktorer, beskyttende faktorer
Alasaarela, L., Hakko, H., Riala, K., & Riipinen, P. (2017). Association of Self-reported Impulsivity to Nonsuicidal Self-Injury, Suicidality, and Mortality in Adolescent Psychiatric Inpatients. <i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i> , 205(5), 340–345.	Opsporing, risikofaktorer
Ammerman, B. A., Olino, T. M., Coccaro, E. F., & McCloskey, M. S. (2017). Predicting Nonsuicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder Using Ecological Momentary Assessment. <i>Journal of Personality Disorders</i> , 31(6), 844–855	Vidensgrundlag
Andover, M. S., Schatten, H. T., Morris, B. W., Holman, C. S., & Miller, I. W. (2017). An intervention for nonsuicidal self-injury in young adults: A pilot randomized controlled trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 85(6), 620–631.	Intervention
Andover, M. S., Schatten, H. T., Morris, B. W., & Miller, I. W. (2015). Development of an Intervention for Nonsuicidal Self-Injury in Young Adults: An Open Pilot Trial. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> , 22(4), 491–503.	Intervention
Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K. L., Krakauer, K., Gluud, C., ... Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—a randomized observer-blinded clinical trial. <i>Depression and anxiety</i> , 33(6), 520–530.	Forekomst
Andrew, E., Williams, J., & Waters, C. (2014). Dialectical behaviour therapy and attachment: Vehicles for the development of resilience in young people leaving the care system. <i>Clinical Child Psychology and Psychiatry</i> , 19(4), 503–515.	Intervention
Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., & Chanen, A. M. (2017). Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> .	Forekomst, risikofaktorer
Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., & Chanen, A. M. (2017). Patterns of Non-Suicidal Self-Injury and Their Relationship with Suicide Attempts in	Forekomst, risikofaktorer

<p>Youth with Borderline Personality Disorder. <i>Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research</i>, 1–14.</p>	
<p>Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., & Chanen, A. M. (2017). Ecological momentary assessment of nonsuicidal self-injury in youth with borderline personality disorder. <i>Personality Disorders</i>, 8(4), 357–365.</p>	Intervention
<p>Andrews, T., Martin, G., Hasking, P., & Page, A. (2014). Predictors of onset for non-suicidal self-injury within a school-based sample of adolescents. <i>Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research</i>, 15(6), 850–859.</p>	Forekomst, risikofaktorer
<p>Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. <i>The Journal of Sexual Medicine</i>, 13(3), 402–412.</p>	Forekomst, risikofaktorer
<p>Baiden, P., Stewart, S. L., & Fallon, B. (2017). The mediating effect of depressive symptoms on the relationship between bullying victimization and non-suicidal self-injury among adolescents: Findings from community and inpatient mental health settings in Ontario, Canada. <i>Psychiatry Research</i>, 255, 238–247.</p>	Forekomst, risikofaktorer
<p>Barnes, A. J., Gilbertson, J., & Chatterjee, D. (2018). Emotional Health Among Youth Experiencing Family Homelessness. <i>Pediatrics</i>, 141(4).</p>	Forekomst, risikofaktorer
<p>Bem, D., Connor, C., Palmer, C., Channa, S., & Birchwood, M. (2017). Frequency and preventative interventions for non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in primary school-age children: a scoping review protocol. <i>BMJ Open</i>, 7(7), e017291.</p>	Forekomst, intervention
<p>Bentley, K. H., Nock, M. K., Sauer-Zavala, S., Gorman, B. S., & Barlow, D. H. (2017). A functional analysis of two transdiagnostic, emotion-focused interventions on nonsuicidal self-injury. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 85(6), 632–646.</p>	Intervention
<p>Berman, M. E., Fanning, J. R., Guillot, C. R., Marsic, A., Bullock, J., Nadorff, M. R., & McCloskey, M. S. (2017). Effect of alcohol dose on deliberate self-harm in men and women. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 85(9), 854–861.</p>	Risikofaktorer
<p>Bjureberg, J., Sahlin, H., Hellner, C., Hedman-Lagerlöf, E., Gratz, K. L., Bjärehed, J., ... Ljótsson, B. (2017). Emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: A feasibility study. <i>BMC Psychiatry</i>, 17.</p>	Forekomst, intervention
<p>Bosanac, P., Hamilton, B., Beatson, J., Trett, R., Rao, S., Mancuso, S., & Castle, D. (2015). Mentalization-based intervention to recurrent acute presentations and self-harm in a community mental health service setting. <i>Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i>, 23(3), 277–281.</p>	Intervention
<p>Bracken-Minor, K. L., & McDevitt-Murphy, M. E. (2014). Differences in features of non-suicidal self-injury according to borderline personality disorder screening status. <i>Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research</i>, 18(1), 88–103.</p>	Forekomst
<p>Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. <i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i>, 1, 14.</p>	Forekomst, risikofaktorer
<p>Brown, R. C., Plener, P. L., Groen, G., Neff, D., Bonenberger, M., & Abler, B. (2017). Differential Neural Processing of Social Exclusion and Inclusion in Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury and Young Adults with Borderline Personality Disorder. <i>Frontiers in Psychiatry</i>, 8, 267.</p>	Risikofaktorer
<p>Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. <i>Journal of Psychiatric Research</i>, 79, 8–20.</p>	Intervention, forekomst
<p>Cater, A. K., Andershed, A.-K., & Andershed, H. (2014). Youth victimization in Sweden: prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. <i>Child Abuse & Neglect</i>, 38(8), 1290–1302.</p>	Forekomst, risikofaktorer
<p>Cerutti, R., Zuffiano, A., & Spensieri, V. (2018). The Role of Difficulty in Identifying and Describing Feelings in Non-Suicidal Self-Injury Behavior (NSSI): Associations</p>	Forekomst, risikofaktorer

With Perceived Attachment Quality, Stressful Life Events, and Suicidal Ideation. <i>Frontiers in Psychology</i> , 9, 318.	
Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. <i>Frontiers in Psychology</i> , 8, 1946.	Forekomst, intervention, risikofaktorer, beskyttende faktorer
Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , 21(2), 81–89.	Intervention
Coppersmith, D. D. L., Nada-Raja, S., & Beautrais, A. L. (2017). Non-suicidal self-injury and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 221, 89–96.	Forekomst, risikofaktorer
Dahlstrom, O., Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., & Svedin, C. G. (2015). Functions of nonsuicidal self-injury: exploratory and confirmatory factor analyses in a large community sample of adolescents. <i>Psychological Assessment</i> , 27(1), 302–313.	Forekomst, risikofaktorer
Del Bello, V., Verdolini, N., Pauselli, L., Attademo, L., Bernardini, F., Quartesan, R., & Moretti, P. (2015). Personality and psychotic symptoms as predictors of self-harm and attempted suicide. <i>Psychiatria Danubina</i> , 27 Suppl 1, S285-91.	Forekomst, risikofaktorer
Depestele, L., Lemmens, G. M. D., Dierckx, E., Baetens, I., Schoevaerts, K., & Claes, L. (2016). The Role of Non-suicidal Self-Injury and Binge-Eating/Purging Behaviours in the Caregiving Experience Among Mothers and Fathers of Adolescents with Eating Disorders. <i>European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association</i> , 24(3), 257–260.	Forekomst, risikofaktorer
Durand, S. C., & McGuinness, T. M. (2016). Adolescents Who Self-Injure. <i>Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services</i> , 54(4), 26–29.	Forekomst
Erlangsen, A., Lind, B. D., Stuart, E. A., Qin, P., Stenager, E., Larsen, K. J., ... Nordentoft, M. (2015). Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. <i>The Lancet. Psychiatry</i> , 2(1), 49–58.	Intervention
Etter, D. W., Gauthier, J. R., McDade-Montez, E., Cloitre, M., & Carlson, E. B. (2013). Positive affect, childhood adversity, and psychopathology in psychiatric inpatients. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 4.	Risikofaktorer, intervention
Fischer, G., Ameis, N., Parzer, P., Plener, P. L., Groschwitz, R., Vonderlin, E., ... Kaess, M. (2014). The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): a tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder. <i>BMC Psychiatry</i> , 14, 265.	Screeningsværktøj
Fischer, S., & Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: a pilot study. <i>Psychotherapy (Chicago, Ill.)</i> , 52(1), 78–92.	Intervention
Foelsch, P. A., Schlüter-Müller, S., Odom, A. E., Arena, H. T., Borzutzky H., A., & Schmeck, K. (2014). <i>Adolescent identity treatment: An integrative approach for personality pathology</i> . Cham, Switzerland: Springer International Publishing.	Risikofaktorer, intervention
Franklin, J. C., Fox, K. R., Franklin, C. R., Kleiman, E. M., Ribeiro, J. D., Jaroszewski, A. C., ... Nock, M. K. (2016). A brief mobile app reduces nonsuicidal and suicidal self-injury: Evidence from three randomized controlled trials. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 84(6), 544–557.	Intervention
Franklin, J. C., Fox, K. R., Ribeiro, J. D., & Nock, M. K. (2017). Understanding the context of novel interventions for self-injurious thoughts and behaviors: A reply to Nielsen et al. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 85(8), 831–834.	Forekomst
Freeman, K. R., James, S., Klein, K. P., Mayo, D., & Montgomery, S. (2016). Outpatient Dialectical Behavior Therapy for Adolescents Engaged in Deliberate Self-Harm: Conceptual and Methodological Considerations. <i>Child & Adolescent Social Work Journal: C & A</i> , 33(2), 123–135.	Intervention
Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., ... Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. <i>Comprehensive Psychiatry</i> , 80, 170–178.	Forekomst, risikofaktorer

Gandhi, A., Luyckx, K., Maitra, S., & Claes, L. (2016). Non-suicidal self-injury and other self-directed violent behaviors in India: A review of definitions and research. <i>Asian Journal of Psychiatry</i> , 22, 196–201.	Forekomst, risikofaktorer
Gibson, J., Booth, R., Davenport, J., Keogh, K., & Owens, T. (2014). Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: a controlled trial with 3-month follow-up data. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 60, 8–14.	Intervention
Glazebrook, K., Townsend, E., & Sayal, K. (2016). Do Coping Strategies Mediate the Relationship Between Parental Attachment and Self-Harm in Young People? <i>Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research</i> , 20(2), 205–218.	Intervention
Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 44(1), 1–29.	Intervention
Glenn, C. R., Jaroszewski, A. C., Millner, A. J., Kearns, J. C., & Nock, M. K. (2016). Nonsuicidal self-injury: Old problem, new disorder, limited data. In E. J. Bromet & E. J. Bromet (Ed) (Eds.), <i>Long-term outcomes in psychopathology research: Rethinking the scientific agenda</i> . (pp. 253–276). New York, NY, US: Oxford University Press.	Forekomst, risikofaktorer
Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53</i> , 42(4), 496–507.	Forekomst
Gonzales, A. H., & Bergstrom, L. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc</i> , 26(2), 124–130.	Intervention
Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. <i>Personality and Mental Health</i> , 11(3), 157–163.	Forekomst, risikofaktorer
Goodyear-Smith, F., Martel, R., Darragh, M., Warren, J., Thabrew, H., & Clark, T. C. (2017). Screening for risky behaviour and mental health in young people: the YouthCHAT programme. <i>Public Health Reviews</i> , 38, 20.	Screeningsværktøj
Granato, H. F., Wilks, C. R., Miga, E. M., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure to Treat Comorbid Dissociation and Self-Harm: The Case of a Client With Borderline Personality Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 71(8), 805–815.	Intervention
Gratz, K. L., Tull, M. T., & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. <i>Psychological Medicine</i> , 44(10), 2099–2112.	Intervention
Grist, R., Porter, J., & Stallard, P. (2018). Acceptability, Use, and Safety of a Mobile Phone App (Bluelce) for Young People Who Self-Harm: Qualitative Study of Service Users' Experience. <i>JMIR Mental Health</i> , 5(1), e16.	Intervention
Guvendeger Doksat, N., Zahmacioglu, O., Ciftci Demirci, A., Kocaman, G. M., & Erdogan, A. (2017). Association of Suicide Attempts and Non-Suicidal Self-Injury Behaviors With Substance Use and Family Characteristics Among Children and Adolescents Seeking Treatment for Substance Use Disorder. <i>Substance Use & Misuse</i> , 52(5), 604–613.	Forekomst, risikofaktorer
Hatkevich, C., Mellick, W., Reuter, T., Temple, J. R., & Sharp, C. (2017). Dating Violence Victimization, Nonsuicidal Self-Injury, and the Moderating Effect of Borderline Personality Disorder Features in Adolescent Inpatients. <i>Journal of Interpersonal Violence</i> , 886260517708402.	Forekomst, risikofaktorer

Hauck, J. L., Harrison, B. E., & Montecalvo, A. L. (2013). Psychiatric nurses' attitudes toward patients with borderline personality disorder experiencing deliberate self-harm. <i>Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services</i> , 51(1), 20–29.	Risikofaktorer
Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (5), CD012189.	Intervention, risikofaktorer, beskyttende faktorer, forekomst
Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., ... Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (12), CD012013.	Intervention, risikofaktorer, beskyttende faktorer, forekomst
Hetrick, S. E., Robinson, J., Burge, E., Blandon, R., Mobilio, B., Rice, S. M., ... Davey, C. G. (2018). Youth Codesign of a Mobile Phone App to Facilitate Self-Monitoring and Management of Mood Symptoms in Young People With Major Depression, Suicidal Ideation, and Self-Harm. <i>JMIR Mental Health</i> , 5(1), e9.	Intervention
Houben, M., Claes, L., Vansteelandt, K., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2017). The emotion regulation function of nonsuicidal self-injury: A momentary assessment study in inpatients with borderline personality disorder features. <i>Journal of Abnormal Psychology</i> , 126(1), 89–95.	Intervention
Howard, R., Karatzias, T., Power, K., & Mahoney, A. (2017). From Childhood Trauma to Self-Harm: An Investigation of Theoretical Pathways among Female Prisoners. <i>Clinical Psychology & Psychotherapy</i> , 24(4), 942–951	Forekomst, risikofaktorer
Huisman, S., Mulder, P., Kuijk, J., Kerstholt, M., van Eeghen, A., Leenders, A., ... Hennekam, R. (2018). Self-injurious behavior. <i>Neuroscience and Biobehavioral Reviews</i> , 84, 483–491.	Forekomst, risikofaktorer
Hunter, J., Maunder, R., Kurdyak, P., Wilton, A. S., Gruneir, A., & Vigod, S. (2018). Mental health follow-up after deliberate self-harm and risk for repeat self-harm and death. <i>Psychiatry Research</i> , 259, 333–339.	Risikofaktorer
In-Albon, T., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. <i>Psychiatry Journal</i> , 2013, 159208.	Risikofaktorer, screeningsværktøj
Jackman, K., Honig, J., & Bockting, W. (2016). Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(23–24), 3438–3453.	Forekomst, risikofaktorer
James, S., Freeman, K. R., Mayo, D., Riggs, M. L., Morgan, J. P., Schaeffer, M. A., & Montgomery, S. B. (2015). Does Insurance Matter? Implementing Dialectical Behavior Therapy with Two Groups of Youth Engaged in Deliberate Self-harm. <i>Administration and Policy in Mental Health</i> , 42(4), 449–461.	Intervention
Jiang, Y., You, J., Ren, Y., Sun, R., Liao, S., Zhu, J., & Ma, N. (2017). Brief report: A preliminary comparison of self-compassion between adolescents with nonsuicidal self-injury thoughts and actions. <i>Journal of Adolescence</i> , 59, 124–128.	Risikofaktorer
Kaess, M., Ghinea, D., Fischer-Waldschmidt, G., & Resch, F. (2017). [The Outpatient Clinic for Adolescent Risk-taking and Self-harm behaviors (AtR!Sk) - A Pioneering Approach of Outpatient Early Detection and Intervention of Borderline Personality Disorder]. <i>Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie</i> , 66(6), 404–422.	Screeningsværktøj, intervention
Kaplan, C., Tarlow, N., Stewart, J. G., Aguirre, B., Galen, G., & Auerbach, R. P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. <i>Comprehensive Psychiatry</i> , 71, 86–94.	Forekomst, risikofaktorer
Karman, P., Kool, N., Gamel, C., & van Meijel, B. (2015). From judgment to understanding: mental health nurses' perceptions of changed professional behaviors following positively changed attitudes toward self-harm. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 29(6), 401–406.	Forekomst, risikofaktorer
Kelada, L., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). The Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury and Family Functioning: Adolescent and Parent Perspectives. <i>Journal of Marital and Family Therapy</i> , 42(3), 536–549.	Forekomst, risikofaktorer

Keuthen, N. J., Tung, E. S., Reese, H. E., Raikes, J., Lee, L., & Mansueto, C. S. (2015). Getting the word out: cognitive-behavioral therapy for trichotillomania (hair-pulling disorder) and excoriation (skin-picking) disorder. <i>Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists</i> , 27(1), 10–15.	Intervention
Kharsati, N., & Bhola, P. (2016). Self-injurious behavior, emotion regulation, and attachment styles among college students in India. <i>Industrial Psychiatry Journal</i> , 25(1), 23–28.	Forekomst
Kharsati, N., & Bhola, P. (2015). Patterns of non-suicidal self-injurious behaviours among college students in India. <i>The International Journal of Social Psychiatry</i> , 61(1), 39–49.	Forekomst, risikofaktorer
Klemra, E., Brooks, F. M., Chester, K. L., Magnusson, J., & Spencer, N. (2017). Self-harm in adolescence: protective health assets in the family, school and community. <i>International Journal of Public Health</i> , 62(6), 631–638.	Forekomst, beskyttende faktorer
Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. <i>Journal of Abnormal Psychology</i> , 122(1), 231–237.	Forekomst, risikofaktorer
Koyanagi, A., Stickley, A., & Haro, J. M. (2015). Psychotic-Like Experiences and Nonsuicidal Self-Injury in England: Results from a National Survey [corrected]. <i>PLoS One</i> , 10(12), e0145533.	Forekomst, risikofaktorer
Krantz, L. H., McMain, S., & Kuo, J. R. (2018). The unique contribution of acceptance without judgment in predicting nonsuicidal self-injury after 20-weeks of dialectical behaviour therapy group skills training. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 104, 44–50.	Forekomst, beskyttende faktorer, intervention
Kranzler, A., Fehling, K. B., Lindqvist, J., Brillante, J., Yuan, F., Gao, X., ... Selby, E. A. (2017). An Ecological Investigation of the Emotional Context Surrounding Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Adolescents and Young Adults. <i>Suicide & Life-Threatening Behavior</i> .	Forekomst, risikofaktorer
Kumar, N., Rajendra, R., Majgi, S. M., Krishna, M., Keenan, P., & Jones, S. (2016). Attitudes of General Hospital Staff Toward Patients Who Self-harm in South India: A Cross-Sectional Study. <i>Indian Journal of Psychological Medicine</i> , 38(6), 547–552.	Forekomst, risikofaktorer
Lenkiewicz, K., Racicka, E., & Brynska, A. (2017). Self-injury - placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. <i>Psychiatria Polska</i> , 51(2), 323–334.	Forekomst, risikofaktorer
Liu, M., Ming, Q., Yi, J., Wang, X., & Yao, S. (2016). Screen Time on School Days and Risks for Psychiatric Symptoms and Self-Harm in Mainland Chinese Adolescents. <i>Frontiers in Psychology</i> , 7, 574.	Forekomst, risikofaktorer
Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet. Psychiatry</i> , 5(1), 51–64.	Intervention, forekomst, risikofaktorer, beskyttende faktorer
Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2017). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. <i>European Child & Adolescent Psychiatry</i> , 26(4), 387–402.	Forekomst, risikofaktorer, beskyttende faktorer
Lovell, S., & Clifford, M. (2016). Nonsuicidal Self-Injury of Adolescents. <i>Clinical Pediatrics</i> , 55(11), 1012–1019.	Forekomst, risikofaktorer
Lundh, L.-G. (2014). [Treatment of non-suicidal self-injurious behavior requires a clear structure. Randomized controlled trials show evidence for dialectical behavior therapy and mentalization-based treatment]. <i>Lakartidningen</i> , 111(6), 210–213.	Intervention
Maffezzoni, M., & Steinhausen, H.-C. (2017). [Dialectical-behavioral outpatient therapy for adolescents with impulsive and self-harming behavior]. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i> , 45(6), 453–462.	Intervention
Marco, J. H., Garcia-Alandete, J., Perez, S., Guillen, V., Jorquera, M., Espallargas, P., & Botella, C. (2015). Meaning in life and non-suicidal self-injury: A follow-up study with participants with Borderline Personality Disorder. <i>Psychiatry Research</i> , 230(2), 561–566.	Forekomst, risikofaktorer

Marshall, E., Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. <i>International Review of Psychiatry (Abingdon, England)</i> , 28(1), 58–69.	Forekomst, risikofaktorer
Martin, J., Bureau, J.-F., Yurkowski, K., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2016). Heterogeneity of relational backgrounds is associated with variation in non-suicidal self-injurious behavior. <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> , 44(3), 511–522.	Forekomst, risikofaktorer
McAuliffe, C., McLeavey, B. C., Fitzgerald, T., Corcoran, P., Carroll, B., Ryan, L., ... Arensman, E. (2014). Group problem-solving skills training for self-harm: randomised controlled trial. <i>The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science</i> , 204, 383–390.	Intervention
McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal self-injury: an emotion regulation perspective. <i>Psychopathology</i> , 47(4), 207–219.	Forekomst, beskyttende faktorer
Mehlum, L., Ramberg, M., Tormoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., ... Groholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 55(4), 295–300.	Intervention
Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Groholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 53(10), 1082–1091.	Intervention
Merza, K., Harmatta, J., Papp, G., & Kuritarne Szabo, I. (2017). [Childhood traumatization, dissociation and nonsuicidal self-injurious behavior in borderline personality disorder]. <i>Orvosi hetilap</i> , 158(19), 740–747.	Forekomst, risikofaktorer
Merza, K., Papp, G., Molnar, J., & Szabo, I. K. (2017). Characteristics and Development of Nonsuicidal Super Self-Injury among Borderline Inpatients. <i>Psychiatria Danubina</i> , 29(4), 480–489.	Forekomst, risikofaktorer
Mitchell, A. J., Hussain, S., Leaver, J., Rajan, C., Jones, A., Malcolm, N., & Coats, T. (2016). Is there a difference between hospital-verified and self-reported self-harm? Implications for repetition. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 43, 12–16.	Forekomst, intervention
Muehlenkamp, J. J., Brausch, A. M., & Washburn, J. J. (2017). How much is enough? Examining frequency criteria for NSSI disorder in adolescent inpatients. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 85(6), 611–619.	Forekomst, risikofaktorer, screeningsværktøj
Mullins-Sweatt, S. N., Lengel, G. J., & Grant, D. M. (2013). Non-suicidal self-injury: the contribution of general personality functioning. <i>Personality and Mental Health</i> , 7(1), 56–68.	Forekomst, risikofaktorer
Navarro-Haro, M. V., Wessman, I., Botella, C., & Garcia-Palacios, A. (2015). The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. <i>Comprehensive Psychiatry</i> , 63, 123–130.	Forekomst, risikofaktorer, beskyttende faktorer
Navines, R., Gutierrez, F., Arranz, B., Moreno-Espana, J., Luisa Imaz, M., Soler, V., ... Kahn, D. A. (2013). Long-term and bizarre self-injurious behavior: an approach to underlying psychological mechanisms and management. <i>Journal of Psychiatric Practice</i> , 19(1), 65–71.	Forekomst, risikofaktorer
Nicolai, K. A., Wielgus, M. D., & Mezulis, A. (2016). Identifying Risk for Self-Harm: Rumination and Negative Affectivity in the Prospective Prediction of Nonsuicidal Self-Injury. <i>Suicide & Life-Threatening Behavior</i> , 46(2), 223–233.	Forekomst
Niedtfeld, I., Schmitt, R., Winter, D., Bohus, M., Schmahl, C., & Herpertz, S. C. (2017). Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: a longitudinal fMRI study. <i>Social Cognitive and Affective Neuroscience</i> , 12(5), 739–747.	Intervention
Nielsen, E., Kirtley, O. J., & Townsend, E. (2017). "Great powers and great responsibilities": A brief comment on "A brief mobile app reduces nonsuicidal and suicidal self-injury: Evidence from three randomized controlled trials" (Franklin et al., 2016). <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 85(8), 826–830.	Forekomst, intervention

O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 21(6), 518–525.	Intervention
Ong, S. H., Tan, A. C. Y., & Liang, W. Z. (2017). Functions of nonsuicidal self-injury in Singapore adolescents: Implications for intervention. <i>Asian Journal of Psychiatry</i> , 28, 47–50.	Intervention
Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 54(2), 97–107.e2.	Intervention, forekomst, risikofaktorer, beskyttende faktorer
Oxley, C., Roberts, J. E., Kraemer, S., & Armstrong, G. (2017). Punch injury self-harm in young people. <i>Clinical Child Psychology and Psychiatry</i> , 22(2), 318–325.	Forekomst
Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). <i>Research on Social Work Practice</i> , 24(2), 213–223.	Intervention, forekomst, risikofaktorer
Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Braehler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. <i>BMC Psychiatry</i> , 16(1), 353.	Forekomst, risikofaktorer
Plener, P. L., Brunner, R., Fegert, J. M., Groschwitz, R. C., In-Albon, T., Kaess, M., ... Becker, K. (2016). Treating nonsuicidal self-injury (NSSI) in adolescents: consensus based German guidelines. <i>Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health</i> , 10, 46.	Forekomst, intervention, risikofaktorer
Plener, P. L., Fegert, J. M., Kaess, M., Kapusta, N. D., Brunner, R., Groschwitz, R. C., ... Becker, K. (2017). [Nonsuicidal self-injury in adolescence: a clinical guideline for diagnostics and therapy]. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i> , 45(6), 463–474.	Forekomst, intervention, risikofaktorer
Plener, P. L., Fischer, C. J., In-Albon, T., Rollett, B., Nixon, M. K., Groschwitz, R. C., & Schmid, M. (2013). Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 48(9), 1439–1445.	Forekomst, risikofaktorer
Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. <i>Deutsches Arzteblatt International</i> , 115(3), 23–30.	Forekomst, risikofaktorer, intervention
Ramleth, R.-K., Groholt, B., Diep, L. M., Walby, F. A., & Mehlum, L. (2017). The impact of borderline personality disorder and sub-threshold borderline personality disorder on the course of self-reported and clinician-rated depression in self-harming adolescents. <i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i> , 4, 22. https://doi.org/10.1186/s40479-017-0073-5	Forekomst, risikofaktorer
Reuter Morthorst, B., Soegaard, B., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2016). Incidence Rates of Deliberate Self-Harm in Denmark 1994-2011. <i>Crisis</i> , 37(4), 256–264.	Forekomst
Rizvi, S. L., Hughes, C. D., & Thomas, M. C. (2016). The DBT Coach mobile application as an adjunct to treatment for suicidal and self-injuring individuals with borderline personality disorder: A preliminary evaluation and challenges to client utilization. <i>Psychological Services</i> , 13(4), 380–388.	Intervention
Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B. K., McNiel, D. E., ... Yaeger, A. M. (2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. <i>Psychiatry Research</i> , 216(2), 217–222.	Intervention
Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K. L., Tull, M. T., Hedman, E., Bjarehed, J., ... Hellner, C. (2017). Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: a multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design. <i>BMJ Open</i> , 7(10), e016220.	Intervention
Sansone, R. A., & Wiederman, M. W. (2015). The self-harm inventory: A meta-analysis of its relationship to the personality diagnostic questionnaire-4 as a measure of borderline personality disorder. <i>International Journal of Psychiatry in Clinical Practice</i> , 19(4), 290–293.	Risikofaktorer, intervention

Santens, T., Claes, L., Diamond, G. S., & Bosmans, G. (2018). Depressive symptoms and self-harm among youngsters referred to child welfare: The role of trust in caregiver support and communication. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 77, 155–167.	Forekomst, risikofaktorer
Scala, J. W., Levy, K. N., Johnson, B. N., Kivity, Y., Ellison, W. D., Pincus, A. L., ... Newman, M. G. (2018). The Role of Negative Affect and Self-Concept Clarity in Predicting Self-Injurious Urges in Borderline Personality Disorder Using Ecological Momentary Assessment. <i>Journal of Personality Disorders</i> , 32(Supplement), 36–57.	Forekomst, risikofaktorer
Schatten, H. T., Andover, M. S., & Armev, M. F. (2015). The roles of social stress and decision-making in non-suicidal self-injury. <i>Psychiatry Research</i> , 229(3), 983–991.	Risikofaktorer
Schiavone, F. L., & Links, P. S. (2013). Common elements for the psychotherapeutic management of patients with self injurious behavior. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 37(2–3), 133–138.	Intervention, risikofaktorer
Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., ... Amore, M. (2017). The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 8, 149.	Forekomst, risikofaktorer
Sevecke, K., Bock, A., Fenzel, L., Gander, M., & Fuchs, M. (2017). Nonsuicidal self-injury in a naturalistic sample of adolescents undergoing inpatient psychiatric treatment: prevalence, gender distribution and comorbidities. <i>Psychiatria Danubina</i> , 29(4), 522–528.	Forekomst, risikofaktorer
Soomro, G. M., & Kakhi, S. (2015). Deliberate self-harm (and attempted suicide). <i>BMJ Clinical Evidence</i> , 2015.	Intervention, forekomst
Stallard, P., Porter, J., & Grist, R. (2018). A Smartphone App (BlueIce) for Young People Who Self-Harm: Open Phase 1 Pre-Post Trial. <i>JMIR MHealth and UHealth</i> , 6(1), e32.	Intervention
Staples, J. M., Neilson, E. C., Bryan, A. E. B., & George, W. H. (2018). The Role of Distal Minority Stress and Internalized Transnegativity in Suicidal Ideation and Nonsuicidal Self-Injury Among Transgender Adults. <i>Journal of Sex Research</i> , 55(4–5), 591–603.	Forekomst, risikofaktorer
Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meibetaner, J., Spretz, D., Steffens, C., ... Renneberg, B. (2014). Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study. <i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i> , 1, 20.	Intervention
Tanner, A. K., Hasking, P., & Martin, G. (2015). Suicidality among adolescents engaging in nonsuicidal self-injury (NSSI) and firesetting: the role of psychosocial characteristics and reasons for living. <i>Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health</i> , 9, 33.	Risikofaktorer
Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. <i>Psychiatry Research</i> , 249, 321–326.	Forekomst, risikofaktorer
Thabrew, H., Gandeza, E., Bahr, G., Bettany, D., Bampton, C., Cooney, E., ... Tiatia-Seath, J. (2018). The management of young people who self-harm by New Zealand Infant, Child and Adolescent Mental Health Services: cutting-edge or cutting corners? <i>Australian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists</i> , 26(2), 152–159.	Forekomst, risikofaktorer
Tiatia-Seath, J., Lay-Yee, R., & von Randow, M. (2017). Morbidity from intentional self-harm among Pacific peoples in New Zealand 1996-2015. <i>The New Zealand Medical Journal</i> , 130(1467), 23–31.	Risikofaktorer
Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. <i>Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie</i> , 59(11), 576–585.	Intervention
Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., Austin, S. B., Rodriguez, M. A., Zachary Rosenthal, M., & Chapman, A. L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. <i>Psychiatry Research</i> , 230(1), 28–35.	Forekomst, risikofaktorer

Vansteelandt, K., Houben, M., Claes, L., Berens, A., Sleuwaegen, E., Sienaert, P., & Kuppens, P. (2017). The affect stabilization function of nonsuicidal self injury in Borderline Personality Disorder: An Ecological Momentary Assessment study. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 92, 41–50.	Forekomst, risikofaktorer
Vega, D., Ripolles, P., Soto, A., Torrubia, R., Ribas, J., Monreal, J. A., ... Marco-Pallares, J. (2018). Orbitofrontal overactivation in reward processing in borderline personality disorder: the role of non-suicidal self-injury. <i>Brain Imaging and Behavior</i> , 12(1), 217–228	Forekomst
Vega, D., Torrubia, R., Soto, A., Ribas, J., Soler, J., Pascual, J. C., ... Marco-Pallares, J. (2017). Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. <i>Psychiatry Research</i> , 256, 403–411.	Forekomst
Verdolini, N., Murru, A., Attademo, L., Garinella, R., Pacchiarotti, I., Bonnin, C. D. M., ... Tortorella, A. (2017). The aggressor at the mirror: Psychiatric correlates of deliberate self-harm in male prison inmates. <i>European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists</i> , 44, 153–160.	Forekomst
Victor, S. E., Davis, T., & Klonsky, E. D. (2017). Descriptive Characteristics and Initial Psychometric Properties of the Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale. <i>Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research</i> , 21(2), 265–278.	Forekomst
von Auer, A. K., Kleindienst, N., Ludewig, S., Soyka, O., Bohus, M., & Ludascher, P. (2015). [Inpatient Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A) - 10 years of experience on the psychiatric inpatient unit "wellenreiter"]. <i>Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i> , 43(5), 301–305.	Intervention
Ward, A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., Joiner, T. E., & Selby, E. A. (2013). Post-therapy functional impairment as a treatment outcome measure in non-suicidal self-injury disorder using archival data. <i>Personality and Mental Health</i> , 7(1), 69–79.	Intervention, forekomst
Wasserman, D. (2016). Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. <i>Psychiatria Polska</i> , 50(6), 1093–1107.	Forekomst, risikofaktorer
Westling, S., & Ramklint, M. (2016). [Self-injurious behavior is common also without personality syndrome]. <i>Lakartidningen</i> , 113.	Intervention
Wu, D., Rockett, I. R. H., Yang, T., Feng, X., Jiang, S., & Yu, L. (2016). Deliberate self-harm among Chinese medical students: A population-based study. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 202, 137–144.	Forekomst, risikofaktorer
Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R. C., Preiss, M., & Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. <i>BMC Psychiatry</i> , 14, 137.	Forekomst, risikofaktorer
Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. <i>Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health</i> , 8, 23.	Forekomst, screeningsværktøj, risikofaktorer

BILAG 2

UNDERSØGELSE AF INDSATSER I PRAKSIS

Erfaringsopsamling om gode metoder og viden om
indsatser målrettet mennesker med selvskadende
adfærd

Sundhedsstyrelsen



21. december 2018

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Introduktion	1
2. Metode og materiale	2
3. Resultater.....	6
3.1 Udvikling i forekomst og alvorlighedsgrad.....	6
3.2 Målgrupper og deres karakteristika	9
3.3 Indsatser	13
3.4 Opsamling.....	21
Bilag 1: Spørgeskemaundersøgelse	24
Bilag 2: Fortolknings-workshops	26

1. INTRODUKTION

Som grundlag for at styrke den danske indsats mod selvskade gennemfører Implement på vegne af Sundhedsstyrelsen i 2018 en erfaringsopsamling om "effektive metoder målrettet mennesker med selvskadende adfærd". Baggrunden er satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021. Som en del af erfaringsopsamlingen er denne rapport udarbejdet.

Denne rapport indgår i erfaringsopsamlingen, og formålet er at belyse, hvilke indsatser målrettet mennesker med selvskade, der findes i forskellige sektorer dækkende både de, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose og andre, der ikke har. Undersøgelsen skal derudover vise, hvilke visitationspraksisser der anvendes, og om indsatserne er ensartede landet over.

Udgangspunktet er, at der ikke i forvejen er etableret et samlet overblik over målgruppen, indsatserne, et fælles begrebsapparat eller entydige indgange til lokale informationer. Derfor skal der samles et billede på det bedst mulige grundlag baseret på en kombination af forskellige kilder inden for den ramme. Således er det intentionen at skabe et overblik med nogle generelle mønstre af ligheder og forskelle på tværs af landet samt illustrative indblik i praksis. Det er ikke muligt at kortlægge, hvem der tilbyder hvad til hvem.

Supplerende til undersøgelsen af praksis udarbejdes en eksempelsamling med beskrivelser af eksempler på gode metoder til mennesker med selvskadende adfærd. Derved gives indblik på en anden måde i praksis, der forhåbentlig samtidig kan tjene til inspiration for andre.

I den endelige afrapportering af erfaringsopsamlingen indgår resultaterne af denne praksisundersøgelse sammen med vidensafdækningen og eksempelsamlingen samt gives anbefalinger til nationale tiltag.

2. METODE OG MATERIALE

I Danmark – såvel som i udlandet – registreres der ikke systematiske oplysninger om mennesker med selvskadende adfærd og indsatser i den forbindelse. Der er ikke én klassifikation, én fælles terminologi eller én bestemt organisatorisk betegnelse/enhed, som samler indsatserne til målgruppen. Derfor er der i denne undersøgelse kombineret flere forskellige kvalitative og semikvantitative metoder, som tilsammen skal søge at belyse praksis: spørgeskemaundersøgelse, fortolknings-workshops og interviews samt desk research integreret heri. Metoderne og det indsamlede materiale beskrives nedenfor.

Til grund for undersøgelsen ligger definitionen af selvskadende adfærd fra The International Society for the Study of Self-Injury:

”En bevidst handling foretaget med den tilsigtede hensigt at påføre sig selv direkte skade, som ikke er en socialt accepteret type af handling (fx tatovering eller piercing), og som er foretaget uden suicidale intentioner. Tilsigtet selvskadende adfærd omfatter adfærd, hvor personen påfører sin krop sår, smerter og skader.” (kilde: Møhl 2015)

Denne definition er blevet anvendt i undersøgelsens enkelte dataindsamlingsaktiviteter. Det er dog i undersøgelsens forløb blevet tydeligt, at der i praksis arbejdes med en lang række forskellige tolkninger af selvskadende adfærd, og at nogle af undersøgelsens fund handler om en bredere forståelse af selvskade, hvor fx spiseforstyrrelser og misbrug kan indgå. Der er derfor også i præsentationen af undersøgelsens fund en særlig opmærksomhed på opfattelsen af målgruppen, der udover selvskadende adfærd.

Der indgår langt flere aktører i indsatsen for personer med selvskadende adfærd på børn- og ungeområdet end på voksenområdet. Det betyder også, at der i undersøgelsen har været en relativ stor vægtning af indsatsen for børn og unge med selvskadende adfærd, og i mindre grad et selvstændigt fokus på voksne med længerevarende selvskadende forløb, der typisk ses i forbindelse med sværere psykiske lidelser.

Indsatser skal her forstås bredt som behandling, terapi, intervention, rådgivende og konsulterende samtaler som hjælp i form af vejvisning videre rundt i systemet, fx behov for almen eller specialiserede indsatser.

Indsatser i *praksis* forstås i denne sammenhæng som regioner, kommuner, praksissektor, uddannelsesinstitutioner og foreninger, som hver især løser forskellige opgaver i relation til målgruppen og samlet set dækker bredt.

Spørgeskemaundersøgelse:

Med spørgeskemaundersøgelsen er indhentet semikvantitative og kvalitative data om metoder til opsporing, karakteristik af målgruppen, udvikling i forekomst og alvorlighedsgrad samt indsatstyper heraf vurderinger af indsatsernes anvendeshyppighed og -nytighed, behovet for specifikke kompetencer hos personalet og erfaring med resultater (se bilag 1).

Udvælgelsen af spørgeskemarespondenter er foretaget blandt kommuner, regioner, praksissektor, uddannelsesinstitutioner og private/frivillige foreninger.

- *Regioner:* I alt 15 afdelinger er udvalgt; fem somatiske skadestuer, fem børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger og fem voksenpsykiatriske afdelinger på tværs af de fem regioner. Afdelingerne blev hver især udvalgt på baggrund af størrelse og research. Spørgeskemaet blev sendt til ledende overlæger eller en klinik/centerchefer med en anmodning selv at besvare det eller videredistribuere det til relevante medarbejdere.

- *Kommuner:* i alt 150 forvaltningsenheder er udvalgt; skoleområdet, børne- og familieområdet, voksen-socialområdet, sundhedsplejen og misbrugsbehandling i 30 kommuner heraf 10 små, 10 mellemstore og 10 store kommuner ligeligt fordelt i de fem regioner. Spørgeskemaet blev sendt til centerchefer med en anmodning om selv at besvare det eller videredistribuere det til relevante medarbejdere.
- *Praksissektor:* I alt 16 udvalgt; almen praksis, børne- og ungdomspsykiatere og psykologer. Disse blev søgt udvalgt gennem kontakt med Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Psykologforening, Dansk Psykiatrisk Selskab og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab. Dansk Psykologforening tilsendte en liste med udvalgte kontakter i fire ud af fem regioner, mens de øvrige foreninger ikke ønskede at bidrage med videresendelse eller kontaktoplysninger.
- *Uddannelsesinstitutioner:* i alt 25 institutioner udvalgt ud fra størrelse og ved hjælp af opkald til enkelte institutioner. Et universitet, gymnasie, erhvervsskole, produktionskole og efterskole i hver af de fem regioner er udvalgt og har fået tilsendt spørgeskemaet på enten leder- eller studievejlederniveau. Efterskoleforeningen bidrog til udvælgelsen af efterskoler.
- *Foreninger:* Fem landsdækkende foreninger udvalgt på baggrund af deres fokus og kendskab til selvskadende adfærd. Spørgeskemaet blev udsendt til en centerchef eller leder af rådgivningen.

Blandt besvarelsene er der relativt mange kommunale og regionale respondenter, moderat fra uddannelsesinstitutioner og private aktører, mens der er modtaget meget få besvarelser fra praksissektoren.

- *Kommuner:* 117 kommunale respondenter har besvaret spørgeskemaet helt eller delvist ud af de i alt 150 mulige besvarelser.
- *Regioner:* 17 regionale respondenter har i alt besvaret spørgeskemaet helt eller delvist. Oprindeligt var det forventede antal 15 besvarelser, men grundet muligheden for at videredistribuere spørgeskemaet er der indhentet to ekstra besvarelser.
- *Praksissektor:* Seks respondenter fra praksissektoren har i alt gennemført spørgeskemaet helt eller delvist. Det planlagte antal respondenter spørgeskemaet skulle have været distribueret til var 80, heraf 40 praktiserende læger, 20 psykologer og 20 psykiatere. Grundet manglende respektivt ingen adgang til kontaktinformationer på mulige respondenter blev spørgeskemaet udsendt til 20 psykologer, 10 psykiatere og ingen praktiserende læger. Et efterfølgende forsøg på distribution via en facebook-gruppe med psykologer med dette interessefelt førte ikke til yderligere besvarelser. Den samlet set sparsomme besvarelse fra praksissektoren betyder, at der ikke med denne rapport kan konkluderes på praksissektorens opfattelse af indsatsen for patienter med selvskadende adfærd, om end der i fortolkningsseminar og interview har deltaget praktiserende læger.
- *Uddannelsesinstitutioner:* 16 ud af de i alt 25 mulige respondenter fra uddannelsesinstitutioner har helt eller delvist besvaret spørgeskemaet.
- *Foreninger:* Otte respondenter ud af de i alt fem forventede har helt eller delvist besvaret spørgeskemaet. Årsagen til, at yderligere tre respondenter ud over det forventede antal har besvaret, er igen muligheden for videredistribution.

Eftersom der ikke er en fast og kendt struktur for, hvem der arbejder med målgruppen blandt de forskellige aktører, er opgaven med at videredistribuere spørgeskemaet videregivet til de lokale ledere. Der er i udsendelsesinformationen opfordret til, at videredistribution blev målrettet de mest relevante fagpersoner, men dermed kendes deres konkrete forudsætninger ikke, og heller ikke præcist hvor mange medarbejdere, der hvert sted har besvaret spørgeskemaet. Det kan medføre en lille skævvridning i resultaterne, da der kan være flere respondenter inden for samme område i samme kommune eller

region, der har besvaret spørgeskemaet, men samtidig muliggør det en bedre dækning af besvarelsene. Da data ikke anvendes til at estimere det samlede antal tilbud eller antal borgere i målgruppen hverken lokalt eller nationalt ses den omtalte skævvridning i resultaterne ikke som et større problem i forhold til fortolkning af resultaterne.

Fortolknings-workshops:

Der er afholdt fire fortolknings-workshops med deltagere fra de fem forskellige aktørgrupper (regioner, kommuner, praksissektor, uddannelsesinstitutioner og foreninger), hvor:

- spørgeskemaresultaterne blev valideret og fortolket
- der blev indhentet og drøftet forslag til eksempler til brug for case-studier
- der blev indhentet og drøftet forslag til væsentlige udviklingsønsker på feltet

Udvælgelsen af workshop-deltagere er primært foretaget på baggrund af modtagere af spørgeskemaundersøgelsen. Flere af deltagerne har derfor også besvaret spørgeskemaundersøgelsen. Dertil har projektets tilknyttede eksperter bidraget med kontakter til praksissektoren. Samlet set deltog 24 personer primært med baggrund i kommuner, regioner, uddannelsesinstitutioner og foreninger med en antalsmæssig fordeling, der afspejler tyngden af indsatserne i de forskellige sektorer. Praksissektoren var dog underrepræsenteret – og blev i stedet tilgået via efterfølgende interviews.

Interviews:

Der er gennemført interviews særligt mhp. at få inddraget praksissektoren, som var underrepræsenteret i spørgeskemaundersøgelsen og fortolknings-workshops, med yderligere eksperter og brugere (og for at identificere forslag til case-eksempler). Deltagerne har været:

- Sabine Elm Klinker, daglig leder, Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS)
- Lotte Rubæk, psykolog, 15 års erfaring med forskning og klinisk arbejde inden for selvskade, aktuelt Team for selvskade i Region Hovedstaden – og Ida Lichtenstein Jørgensen, psykolog, også Team for selvskade i Region Hovedstaden
- Søren Hertz, privat praktiserende børne- og ungdomspsykiater
- Lene Agersnap, privat praktiserende læge
- Hallur Gilstón Thorsteinsson, centerchef, Center for Socialpædagogik og Psykiatri, Københavns Kommune

Derudover er to borgere, der har egne erfaringer med selvskadende adfærd, interviewet og gengives i rapporten for at illustrere et borgerperspektiv. Kontakten til to personer er etableret via ViOSS.

Endelig er rapporten udarbejdet med inddragelse af ekspertgruppen, som Implement har knyttet til erfaringsopsamlingen som helhed:

- Bo Møhl, professor ved Aalborg Universitet
- Erik Simonsen, forskningsprofessor ved Københavns Universitet
- Carsten René Jørgensen, professor ved Aarhus Universitet

Ekspertgruppen har kvalificeret resultaterne fra de regionale fortolknings-workshops og bidraget med eksempler til case-studierne.

Oprindeligt var det forventningen også at gentage registerundersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundheds bidrag til Sundhedsstyrelsens sygdomsbyrderapport, men

datagrundlaget om indlæggelser i psykiatrien vurderes at være for utilstrækkeligt til, at det ville være retvisende, og analysen blev derfor fravalgt.¹

Det samlede undersøgelsesdesign etablerer således et overblik over, hvilke forskellige typer af indsatser, der eksisterer i de forskellige sektorer. Dermed også sagt, at der ikke med undersøgelsen gives et overblik over omfang og kvalitet af tilbud til borgere med selvskadende adfærd.

Samtidig gives et indblik i de udfordringer i og ønsker til den samlede indsats, som aktører på tværs af sektorerne oplever dem. Igen er det vigtigt at påpege, at undersøgelsen beskriver forskellige perspektiver – men ikke giver et tydeligt aggregeret billede af udbredelsen af de forskellige perspektiver.

De mange forskellige tilbud er kun i meget lille grad standardiseret og dækker med stor sandsynlighed over en ganske betydelig lokal variation. Det er søgt illustreret ved at give eksempler i teksten. Det er afgørende for forståelsen af rapporten, at dette alene er til illustration og ikke udtryk for de mest udbredte tilbud eller etableret best practice.

¹ Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt på baggrund af Landspatientregistret at give et retvisende billede af forekomsten, mens tilsigtet selvskade vil blive etableret som en ny kontakårsag med indførelsen af LPR3.

3. RESULTATER

3.1 Udvikling i forekomst og alvorlighedsgrad

Centrale fund

Der er ikke i praksisundersøgelsen tegn på entydige ændringer i opad- eller nedadgående retning i forekomsten af selvskadende adfærd. Om den er uændret eller svagt stigende/faldende er ikke muligt at konkludere på det foreliggende grundlag.

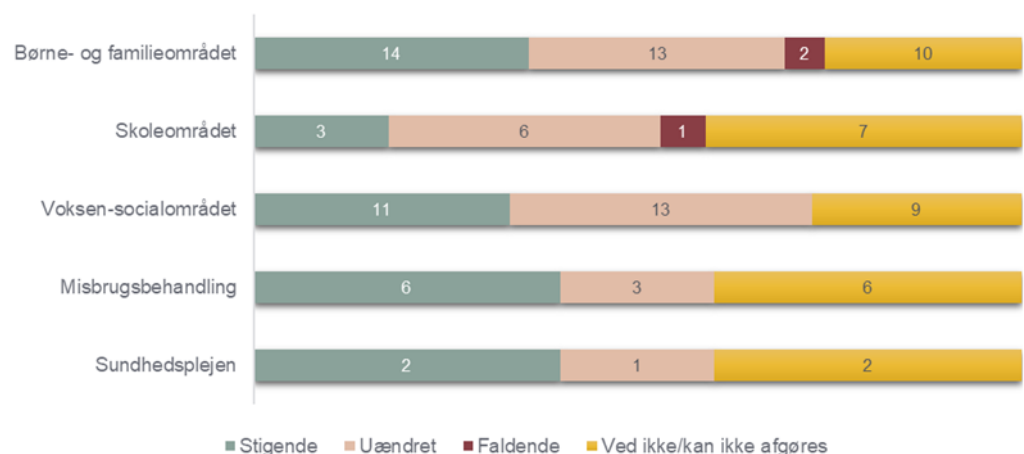
Mange fagpersoner, der arbejder med målgruppen, har ikke et grundlag for at vurdere, om der er sket en udvikling i forekomsten og alvorlighedsgraden i de seneste fire år, og udviklingen følges kun i meget begrænset omfang systematisk.

Der opleves blandt fagpersoner at være en udvikling i retning af større differentiering af formerne, hvormed den selvskadende adfærd fremtræder.

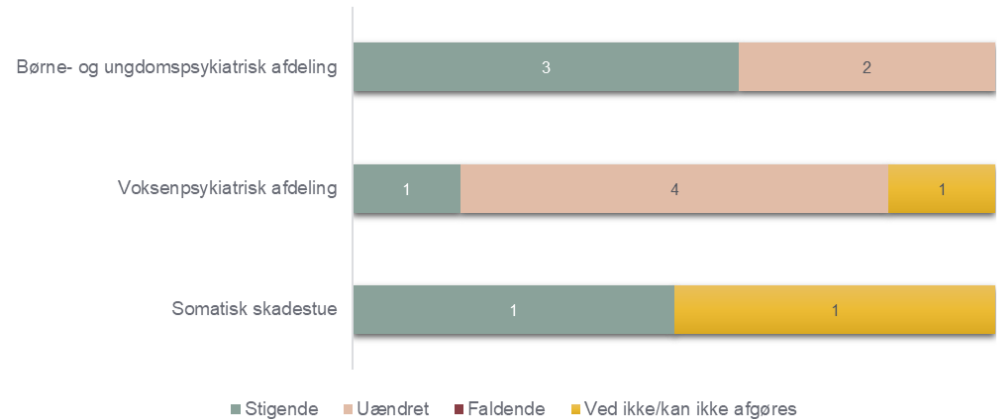
3.1.1 Forekomst

Med hensyn til udviklingen i forekomsten af selvskadende adfærd i Danmark er der ikke i praksisundersøgelsen tegn på entydige ændringer i opad- eller nedadgående retning. Det er ikke muligt at konkludere en klar udviklingstendens – om der er tale om uændret eller svagt stigende/faldende forekomst, idet resultaterne i spørgeskemaundersøgelsen giver et blandet billede. Enheder i henholdsvis kommunerne og regionerne vurderer overvejende, at udviklingen i efterspørgslen af indsatser til mennesker med selvskade primært har været stigende eller uændret de sidste fire år.

Figur 1. Kommunale fagområders vurdering af udviklingen i efterspørgslen af indsatser til mennesker med selvskade sidste fire år.



Figur 2. Regionale afdelingers vurdering af udviklingen i efterspørgslen af behandling til mennesker med selvskade de sidste fire år.



Samtidig er der relativt mange, der svarer "ved ikke/kan ikke afgøres". Det kan skyldes flere forskellige grunde; fx at de ikke har et sammenligningsgrundlag som følge af personaleomsætning og organisationsændringer, eller at der ikke skabes et systematisk overblik inden for og på tværs af fagområderne.

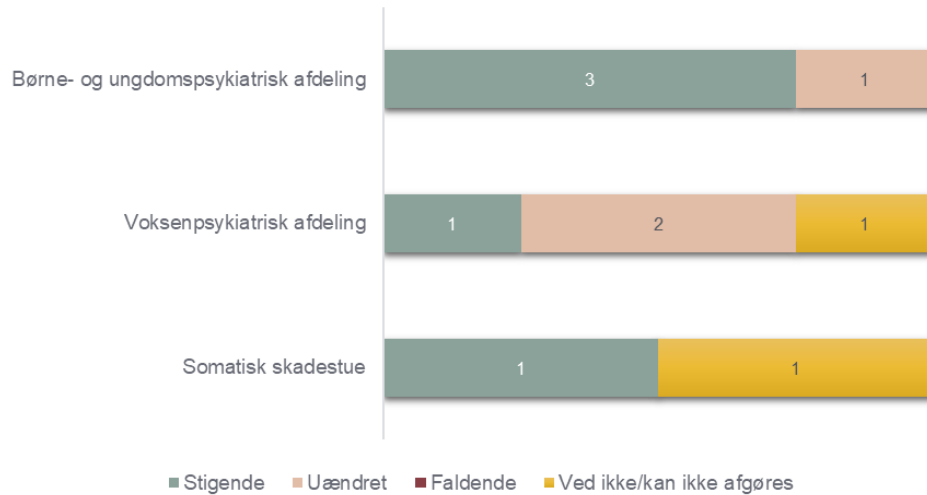
Flere af workshop-deltagere udtrykker, at den oplevede udvikling kan afhænge af fokus på selvskadende adfærd i medierne og befolkningen som helhed. Det kan blandt andet være en påvirkning fra sociale medier, der kan medføre en midlertidig stigning i antal "cuttere" med lettere selvskadende adfærd. Ligeledes fremhæves, at en stigende præstationsforventning til de unge kan påvirke til selvskadende adfærd.

Det fremhæves desuden, at en udvikling i efterspørgslen efter støtte ikke nødvendigvis er det samme som en øget forekomst af selvskadende adfærd. Det kan i stedet være udtryk for en større opmærksomhed på og forståelse af målgruppen. I den forbindelse fremhæves det, at der generelt ikke tages tilstrækkelig hånd om, at der blandt nogle børn og unge er en begrænset evne til at håndtere følelser positivt.

3.1.2 Alvorlighedsgrad

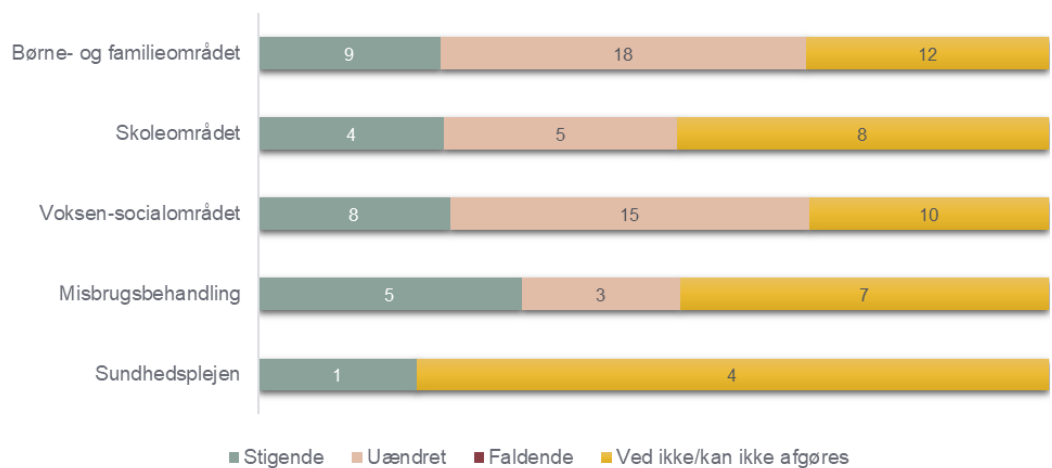
Med hensyn til udviklingen i alvorlighedsgraden tyder regionernes besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen på, at alvorlighedsgraden på børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger opleves stigende, hvilke også er tilkendegivet i de afholdte fortolknings-workshops. Måske især blandt unge i de tidligere teenageår. Eventuelt kan det ses som led i en forskydning fra risikoadfærd, hvor det generelt er blevet mindre socialt accepteret blandt unge at sulte sig eller drikke sig meget fuld, og i stedet ses andre udtryksformer.

Figur 3. Regionale afdelingers vurdering af udviklingen i alvorlighedsgraden hos mennesker med selvskade de sidste fire år.



I kommunalt regi tyder praksisafdækningen ikke på, at der er tegn på entydige ændringer i alvorlighedsgraden i opad- eller nedadgående retning. Det er ikke muligt at konkludere en klar udviklingstendens – om der er tale om uændret eller svagt stigende/faldende forekomst, idet resultaterne i spørgeskemaundersøgelsen giver et blandet billede. Dog skal det bemærkes, at ingen besvarelser angiver på en faldende alvorlighedsgrad.

Figur 4. Kommunale fagområders vurdering af udviklingen i alvorlighedsgraden hos mennesker med selvskade de sidste fire år.



En vigtig tværgående konklusion kan være, at der ikke på tværs af de relevante aktører kan etableres et tydeligt billede af udviklingen i hverken forekomst eller alvorlighedsgrad af den selvskadende adfærd. Det begrænser mulighederne for at kunne tage informeret stilling til behovet for at udvikle området.

3.2 Målgrupper og deres karakteristika

Centrale fund

Der er i praksisfeltet et differentieret billede af den samlede gruppe af mennesker med selvskadende adfærd. Der peges dog på en stor gruppe af børn/unge, som ikke samtidig har øvrige omfattende psykiske eller kognitive problemer.

Selvskadende adfærd kan komme til udtryk i mange forskellige former, og den har ændret sig over tid.

Mange deltagere i undersøgelsen udtrykker, at den selvskadende adfærd kan være begrundet i en række forskellige problemstillinger: Der kan differentieres mellem selvskade blandt børn/unge, som knytter sig til uhensigtsmæssig mestringsevne eller følelsesregulering (let eller moderat sværhedsgrad), og om adfærden knytter sig til nedsat kognitiv funktionsevne (let, moderat eller svær) eller sværere psykiske lidelser så som skizofreni (let, moderat og svær grad).

Herunder nævnes ofte unge kvinder med personlighedsforstyrrelse, hvor den selvskadende adfærd er en blandt flere manifestationer af den underliggende lidelse.

Inden for den i undersøgelsen anvendte definition nævnes overvejende unge piger/kvinder med normalt kognitivt niveau uden svære psykiske lidelser, der selvskader i let til moderat alvorlighedsgrad. Hvis de samme underliggende problemer lægges til grund for drenges vedkommende, og definitionen af selvskade havde været en anden, kunne forekomsten have været opgjort mere ligeligt kønnene imellem.

Selvskadende adfærd forekommer typisk blandt yngre, men det kan fortsætte eller vende tilbage senere i livet.

Faggrupperne i de forskellige sektorer ser forskellige udsnit af den samlede målgruppe, og de tilgås med forskellige begreber og metoder.

Der er samlet set i praksisfeltet et differentieret billede af den samlede gruppe af mennesker med selvskadende adfærd. Der er dog en stor og mere homogen gruppe af børn og unge, hvor der sondres klart mellem denne gruppe og andre personer med alvorlige, varige psykiske og kognitive problemer som skizofreni og mental retardering. Blandt de sidstnævnte er typisk voksne mennesker, der oftest er tilknyttet behandlingspsykiatrien og botilbud.

Brugerhistorie #1

Første gang var med spidsen af en passer. Ud over det står de første år uklart. Hun synes, hun skal være perfekt og bliver desperat, når hun oplever ikke at være det. Hun skærer i sig selv for at klare de kaotiske tanker. Og holder det skjult for alle undtagen nogle få veninder – bange for at være sindssyg.

I 8. klasse trænger en lærervikar gennem hendes skjold, bliver bekymret og går til skolelederen. Men intet sker for hende. Året efter – på idrætsefterskolen – kan arrene ikke skjules, og lærerne tager kontakt til hendes forældre. Hun går med forældrene til sin læge, der henviser til psykiatrien.

Til samtalen i psykiatrien åbner hun op og fortæller, hvad hun gør, og hvordan hun har det. Psykiatrien afviser hende med begrundelsen, at hun ikke er syg nok – hun har ingen diagnose. Hun bliver lettet: "Så er der jo ikke noget galt med mig".

Familien får gennem egen læge indtrykket af, at der ikke er hjælp at hente, når hun ikke kan diagnosticeres. Familien har aldrig kontakt til kommunen om hendes selvskade.

I gymnasiet bryder hun sammen. Hun kan ikke holde facaden som den perfekte 12-talspige. Hendes samtaler med studievejlederen og rektoren om dalende præstationer oplever hun som anklagende og nedgørende. Hun oplever ikke, at der bliver spurgt til, hvordan hun har det. Hun skærer sig hyppigere.

Gennem kontakt med "online storesøstre" hos GirlTalk lærer hun langsomt at tale om, hvordan hun har det. Her oplever hun sig accepteret, som hun er og sætter pris på, at nogen vil bruge deres tid på hende – frivilligt. Med forældrenes hjælp starter hun i et samtaleforløb med en psykolog hos GirlTalk, som hjælper hende.

Efterfølgende fortsættes med et samtaleforløb hos en privatpraktiserende psykolog. Her bliver hun præsenteret for måder til at håndtere trangene til selvskade og træner andre strategier end selvskade. I dag selvskader hun ikke mere. Det er ok ikke at være perfekt. Når de dårlige tanker kommer, gør hun nu andre – og sundere – ting.

Den større gruppe af børn og unge betegnes forskelligt afhængigt af det pågældende faglige blik og sektortilknytningen, men adfærden er entydigt betragtet som et symptom på en underliggende problemstilling. Problemstillingen kan betragtes forskelligt alt efter (groft sagt), om det er i behandlingspsykiatrisk regi, der ofte vil koble den selvskadende adfærd til en personlighedsforstyrrelse eller i øvrige regier, der ofte vil tilskrive adfærden mistrivsel eller omsorgssvigt.

Brugerhistorie #2

Som 11- eller 12-årig fortæller en god veninde, at hun skærer i sig selv og viser sine ar frem. Lise bliver chokeret og tager afstand fra det – og fra veninden.

Lise vokser op i et hjem med vold, og med frygt for at komme på børnehjem, hvis det bliver opdaget. Som 12-13-årig får hun det stadig dårligere på grund af forholdene i hjemmet, og kommer i tanke om veninden og hendes ar. Hun låser døren til sit værelse og finder en saks. Smerten flytter tankerne væk.

I den efterfølgende periode brander og kradser hun sig oftere og oftere. Ingen ved, at det sker, da hun er bange for omgivelsernes reaktion, og for at det skal blive opdaget, at der er vold i hjemmet.

Som 17-årig har hun sit første selvmordsforsøg, som snarere var et råb om hjælp end et ønske om at dø. Hun knyttes via den psykiatriske skadestue til et akutteam, der følger hende intensivt i cirka 14 dage. Efterfølgende henvises hun til distriktpsychiatrien, hvor hun har et forløb med ugentlige samtaler. Det er en god oplevelse, og hun oplever at have god kontakt med terapeuten – men er stadig meget selvskadende. Hun oplever ikke, at der i samtaler og behandling er fokus på selvskaden – og synes at det er mærkeligt, at der bliver taget let på det.

Da forløbet i distriktpsychiatrien skal afsluttes, bliver hun bekymret for, hvad der så skal ske, da hun stadig selvskader. Hun diagnosticeres med borderline og henvises til et mentaliseringsbaseret gruppeforløb for patienter med personlighedsforstyrrelse. Forløbet varede i 1½ år og var rigtig svært, og hun oplevede det ikke virksomt eller, at der var fokus på det, hun selv oplevede at have behov for hjælp til – som fx angst og selvskade. I denne periode selvskader hun voldsomt og har flere selvmordsforsøg.

Da gruppeforløbet afsluttes, tror hun, at hun henvises til nyt forløb i andet regi, men der sker ikke noget, og hun får ingen henvendelser fra psykiatrien. Efter et halvt år får hun at vide, at hun selv skulle have kontaktet lægen.

Som cirka 20-årig begynder hun på en uddannelse som pædagogisk assistent, hvor der er tilknyttet mulighed for psykologhjælp på uddannelsen. Det er den bedste hjælp, hun har fået. Hun oplever, at der er let adgang til støtten, som forløber med narrative samtaler cirka hver 14. dag over to år. Det er første gang, at hun oplever at blive spurgt til forholdene i hjemmet og hendes barndom. I denne periode stopper hun sin selvskadende adfærd.

Hun tager også kontakt til egen læge, der henviser til psykiatrien, der tilbyder nyt gruppeterapiforløb. Tidspunktet for gruppeforløbsterapien overlapper med timerne på uddannelsen, så hun kan ikke begge dele. Hun prioriterer uddannelsen, og har således ikke længere kontakt til psykiatrien.

Generelt er der enighed om, at de tilgrundliggende problemstillinger for den selvskadende adfærd er nogenlunde ensartet i form af uhensigtsmæssige mestringsevner, og at selvskadende adfærd kan komme til udtryk i mange forskellige former.

Denne målgruppe omfatter ifølge undersøgelsen overvejende piger og unge kvinder.

Der gives blandt deltagerne i undersøgelsen udtryk for mange differentierende faktorer. På tværs af de mange udsagn om målgruppen kan følgende faktorer nævnes:

- Selvskadens alvorlighedsgrad
- Forekomst eller ikke-forekomst af komorbiditet

- Direkte kontra indirekte selvskade
- Selvskade, der er indadrettet kontra udadrettet; det vil sige i hvilken grad den selvskadende adfærd er rettet mod at skabe reaktioner/kræver handling hos andre (fx cutting, der efterfølgende skjules kontra overdosis med smertestillende piller, der efterfølges af et skadestuebesøg)
- Eksplicit selvskadende intention eller ej
- Sondring mellem symptomet eller underliggende årsag
- Køn
- Ydre symptomer/selvskadens udtryksform
- Kognitiv kapacitet
- Alder

Grænserne mellem de enkelte faktorer er i nogle tilfælde flydende og overlappende. De forskellige blik og kategoriseringer er afhængige af den enkelte aktørs position i den samlede indsats.

Psykiatrien ser fortrinsvis personer, hvor adfærden typisk er associeret med en personlighedsforstyrrelse og kommer til udtryk med en moderat eller høj alvorlighedsgrad med en eksplicit selvskadende intention eller komorbiditet. Det omfatter overvejende piger og kvinder. Den svære selvskadeform i psykiatrien er ofte udadvendt uanset køn.

Somatiske skadestuer ser personer, der bringes ind ved alvorligere akut behandlingskrævende selvskade. Målgruppen er her således karakteriseret ved en alvorlig grad af selvskade, der ofte er udadvendt.

Kommunerne ser fortrinsvis personer med mild eller moderat selvskadende adfærd, hvor adfærden vurderes ofte at skyldes mistrivsel og kommer til udtryk ved både direkte og indirekte selvskade fx i form af cutting eller risikovillig adfærd.

Gruppen opleves også at omfatte nogle med stabil opvækst og (middelklasse-)baggrund, som selvskader blandt andet som følge af et stigende samfundspres med præstationsforventninger og påvirkning fra sociale medier. Det er overvejende piger/kvinder.

Uddannelsesinstitutionerne ser fortrinsvis personer med mild eller moderat selvskadende adfærd, hvor adfærden vurderes ofte at skyldes mistrivsel og kommer til udtryk ved både direkte og indirekte selvskade fx i form af cutting eller risikovillig adfærd. Det drejer sig overvejende om piger og kvinder.

Praksissektoren ser et varierende udsnit af målgruppen med overvejende personer, der har let til moderat selvskadende adfærd, som typisk kommer til udtryk ved cutting. Oftest er der ikke etableret kontakt til øvrig behandling af den selvskadende adfærd. Det skal i denne forbindelse understreges, at der kun er begrænset data om praksissektorens rolle i den samlede indsats.

Foreninger, der typisk kommer i kontakt med personer med selvskade gennem anonym telefon- eller chatrådgivning, ser mange sværhedsgrader. Det er fortrinsvis piger og kvinder med mild og moderat selvskade. Ofte henvender personerne med den selvskadende adfærd sig i umiddelbar eller nær forbindelse med gennemførelsen af selve selvskaden.

Nogle kommuner og uddannelsesinstitutioner nævner desuden, at selvskadeformen har ændret sig gennem årene. Der kan fx være tale om et vist modefænomen og inspiration inden for målgruppen, som måske overvejende har ramt piger. Det kan dog også være påvirket af, hvem fagpersoner er særligt opmærksomme på og spørger grundigere ind til.

Det opleves, at mange selvskadende debuterer som unge, mens det ofte er et tilværende problem for voksne med selvskade.

Overraskende få besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen nævner drenge og unge mænd med medicinoverdosis som en del af målgruppen. Formentlig er det udtryk for, at denne gruppes adfærd ikke betragtes som selvskadende adfærd.

Det gælder også i forbindelse med andre former for selvskade, hvor der blandt besvarelserne oftest peges på cutting blandt piger som den typiske selvskade. Dette kan skyldes, at der blandt fagpersoner og øvrige personer med kontakt til unge med selvskade finder en slags *confirmation bias* sted, idet der ikke bemærkes anden selvskadende adfærd end den, der allerede er kendt blandt det faglige personale som selvskade. Det kan vanskeliggøre opsporing af selvskade blandt unge mænd, hvor selvskaden fx kan forveksles med sportsskader eller andre uheld. En manglende viden om underliggende problemstillinger og adfærd kan desuden gøre det svært at hjælpe de unge mænd med at opsøge og modtage tilbud.

Nogle kommuner og foreninger nævner, at den anvendte definition og gængse opfattelse af selvskadende adfærd i erfaringsopsamlingen kan have den skævhed, at den synes at udelukke en overvejende del af den målgruppe, som omfatter drenge og unge mænd, da deres udtryk for selvskade ikke er omfattet af den snævre definition. De angiver, at drengemålgruppen overvejende selvskader mere udadrettet ud fra metoder som voldsomme mængder af alkohol, tatovering og selv mutilation af store dele af kroppen på kort tid eller risikabel adfærd såsom at gå over for rødt med lukkede øjne, køre mod køretretningen i bil med mere. Spørgsmålet er om denne type risikobetonet adfærd også bør kunne rummes af en selvskadedefinition, eller om man netop skal fastholde, at denne adfærd ikke er egentlig selvskade, da den har mere indirekte skadelige konsekvenser.

Andre workshop-deltagere nævner, at det er vigtigt ikke at udvide definitionen af selvskadende adfærd og dermed målgruppen for meget og derved unødigt sygeliggøre nogle, der ikke har brug for eller ikke vil profitere af behandlingstilbud.

3.3 Indsatser

3.3.1 Typer af indsatser

I de følgende afsnit gennemgås resultaterne af den afdækkede praksis mht. opsporing, diagnostik og udredning samt indsatser.²

² Primære forebyggende indsatser indgår ikke i undersøgelsen. Dog kan opsummerende peges på, at der i kommunerne gennemføres generelle mistrivselforebyggende indsatser, der ikke er specifikt rettet mod selvskadende adfærd, men kan bestå i forebyggende familieindsatser, der er kompetencer og netværk tilstede omkring børn og unge på skoler, og frontpersonale undervises i mental sundhed.

3.3.1.1 Opsporing og visitation

Centrale fund

Uddannelsesinstitutionerne er kernen i opsporingen, da skole og uddannelse er en central del af de fleste unges hverdag. Ved kontakt med elever med mulig selvskadende adfærd opfordres typisk til at kontakte deres læge, en tilknyttet rådgivningsfunktion, eventuel kommunal støtte (specielt i grundskolen) eller i alvorlige tilfælde psykiatrisk skadestue.

Praksissektoren er i begrænset omfang opsporende; nogle findes dog i almen praksis eventuelt i forbindelse med undersøgelser foretaget af anden grund. Almen praksis henviser typisk til psykiatrien, hvis de ikke selv forestår den videre behandling.

Psykiatrien er som udgangspunkt ikke opsporende, men de kan ved modtagelse af patienter finde tegn på selvskadende adfærd. Patienter kommer til psykiatrien ved henvisning fra egen læge, akutmodtagelse eller fra den kommunale forvaltning. Når henvisningen modtages, vurderes den, og den accepteres eller afvises.

Somatikken er i begrænset omfang opsporende, da de kun modtager patienter, der har brug for somatisk behandling efter selvskaden. De henviser typisk til psykiatrien.

Foreningerne opsporer typisk via telefonopkald, da den selvskadende har større tendens til at bryde anonymiteten over telefon, mens kun få bryder anonymiteten over chatbeskeder. De henviser typisk til egen læge, skadestuen eller kommunen (fx PPR eller børne-familieafdelingen).

Tegn på selvskadende adfærd opdages i mange forskellige sammenhænge. Det kan afspejle de mangefacetterede former og grader af den selvskadende adfærd, at det er forbundet med skamfuldhed, og organiseringen af indsatserne i forskellige regier. Det vanskeliggør overblikket (ifølge flere respondenter) både inden for en organisation (region og kommune) og udefra.

Kommuner: Kommer ind i billedet ved mistanke eller ved egentlige henvendelser. Typisk opdages tegn på selvskadende adfærd i skole-/dagtilbud med tegn på dårlig trivsel som fx øget fravær eller manglende afleveringer, hvis det ikke drejer sig om synlige tegn på kroppen. Det vil sige, at det typisk er pædagoger og lærere, som har den første kontakt i den forbindelse.

Inden for en kommune kan der være flere forskellige veje at gå videre med en henvendelse (udover til forældrene) internt i kommunen. Det kan være til:

- Psykologisk Pædagogisk Rådgivning (PPR)
- Børne-familieafdelingen
- Sundhedsplejen

Hvem der konkret tages kontakt til i forbindelse med en konkret bekymring, er afhængigt af den organisatoriske struktur i den enkelte kommune. Ofte er det også afhængigt af, hvor den pågældende medarbejder før har henvendt sig med konkrete bekymringer. PPR, børne-familieafdelingen og sundhedsplejen vil vurdere bekymringsgraden i det enkelte tilfælde og enten iværksætte egne tiltag, foretage yderligere udredning og/eller henvise til øvrige kommunale støttemuligheder eller egen læge/psykiatrien.

I en af kommunerne er der et velfungerende samarbejde mellem socialpsykiatrien og jobcenteret. Dette er vigtigt for opsporingen, da jobcenteret i mange tilfælde møder de udsatte borgere som den første enhed i kommunen.

Eksternt henvises typisk til børne-ungdomspsykiatrien eller egen læge.

Det kan være meget varierende, hvad baggrunden for den enkelte fagprofessionelles vurdering af en konkret bekymring er. Nogle steder har der været mere konkrete kompetenceudvikling omkring opsporing af mistrivsel, mens der andre steder kan være indført en fast model for systematisk vurdering af trivsel. Hvis der først tages kontakt til PPR, børne-familieafdeling eller sundhedsplejerske, så vil der som udgangspunkt blive gennemført helhedsorienterede udredninger, hvor selvskade vil være et opmærksomhedspunkt.

På *uddannelsesinstitutionerne* er det overvejende igennem undervisere og studievejledere i forbindelse med, at de indkalder elever/studerende til samtaler på grund af for højt fravær eller manglende afleveringer. Hvis eleven/den studerende ikke er tilknyttet psykiatrien eller kommunen, da opfordres vedkommende typisk til at henvende sig til sin læge eller – hvis mere alvorligt – i psykiatrisk skadestue.

Universiteter o. lign., der har relativt ældre studerende med flydende studietid, og hvor underviserne er på længere afstand, er det vanskeligere at opnå opsporende resultater sammenlignet med ungdomsuddannelser og folkeskoler. Workshop-deltagerne understreger vigtigheden af kommunernes samarbejde med uddannelsesinstitutionerne og påpeger, at en studenterpræst kan være genstand for den første kontakt, og en (fastansat) psykolog kan være afgørende – både ud fra et forebyggende og opsporende perspektiv.

Nogle uddannelsesinstitutioner og campus har en socialrådgiver og psykolog tilknyttet på deltid, der kommer fra en kommunes åbne rådgivningstilbud i sundheds- eller børne-familie regi. Rådgivningstilbuddet er nogle steder også opsøgende og gør aktivt lærere og elever opmærksomme på deres funktion.

Produktionsskoler og efterskoler nævner, at de ved opstart har vurderings- og visitations-samtaler med eleverne, hvilket styrker muligheden for opsporing af problemer såsom mistrivsel og selvskade.

Indtrykket er, at mange institutioner har nøglepersoner, der kan støtte op generelt og fungerer som indgangen ved tidlig opsporing, og/eller når elever med en kendt problematik starter uddannelsen. Det er dog uvist, hvor mange institutioner, der har en løsning på plads. Det nævnes, at der er positive erfaringer de steder, hvor der er nøglepersoner som fx en psykolog tilknyttet.

Der er som oftest ikke et klart og eksplicit fokus på kompetencer i forhold til netop selvskadende adfærd, men netop gennem den løbende kontakt med elever/studerende opnås et vist kendskab til problematikken.

Psykiatrien: Patienter henvist fra skadestuen til psykiatrien er typisk kendt fra tidligere forløb med de samme problemer eller andre. Det kan dog forekomme, at skadestuen opsporer yngre personer, som ikke tidligere er kendt fra psykiatrien.

Ellers har psykiatrien ikke en egentlig opsporende funktion, da alle patienter kommer via henvisning fra akutmodtagelse, egen læge eller en kommunal forvaltning. Ved henvisninger vurderes det fra sag til sag om henvisningen accepteres eller afvises. Der indgår oftest ikke kompetencer med specialviden om selvskade i denne vurdering.

Somatiske skadestuer er ifølge besvarelsene hovedsageligt orienteret efter at samarbejde med psykiatrien – ikke praksissektoren. I tilfælde af somatisk skadestue opsporer en patient med selvskade, vil de typisk henvise til psykiatrien, der vurderer, hvorvidt patienten skal tilknyttes psykiatrien. Somatiske skadestuer laver formentlig sjældent underretninger på børnene.

Det ses dog, at de somatiske skadestuer modtager børn og unge med selvskadende adfærd, og at somatikken i nogen grad kan underrette mere systematisk til kommuner, fx

ved at optimere med en dedikeret koordinator i kommunerne, som skal kontaktes, når der modtages patienter med selvskade.

Der foretages i nogen grad en opkvalificering af kompetencer på de somatiske skadestuer, hvor der foregår en spredt undervisning fra børne- og ungdomspsykiatrien. Dette er dog ikke systematisk eller tilbagevendende, og undervisningen foregår ikke alle steder.

Praktiserende læger opdager formentlig sjældent tegn konkret på selvskadende adfærd men henviser til psykiatrisk udredning – formentlig ofte – på uspecifik indikation. Kun i sjældne tilfælde kontaktes kommunen ved bekymring; blandt andet fordi de praktiserende læger sjældent ved, hvem eller hvordan de skal kontakte kommunen. I overvejelser om, hvorvidt der skal tages kontakt til kommunen, indgår også vurdering af konsekvenserne for lægens relation til den pågældende unge eller familie, ved en eventuel underretning til den kommunale forvaltning. Workshop-deltagerne udtrykker, at den selvskadende person sjældent vil kunne nå at omtale sine problemer på den korte tid, som en typisk konsultation hos en praktiserende læge varer.

Foreninger som fx Headspace, LMS, GirlTalk, Livslinien og Ungdommens Røde Kors nævnes ligeledes som en opsporingsindsats, da de unge henvender sig frivilligt. De opsporer typisk gennem de unges telefonopkald, da der er erfaring for, at den selvskadende har større tendens til at bryde anonymiteten over telefonen, mens kun få bryder anonymiteten over online chat. En voksende andel af unge anvender chatfora, hvilket kan begrænse opsporingen.

Foreningerne benytter sig i høj grad af frivillige medarbejdere til telefon og chatrådgivningen, og det er således meget varierende, hvilket kompetenceniveau den enkelte medarbejder har. I nogle foreninger er der et mere eksplicit fokus på selvskade, end i andre.

Nogle ungdomsuddannelser udtrykker bekymring for, at den primære kontakt mellem de unge og foreningen er til de frivillige, som ikke nødvendigvis har faglig indsigt i selvskadeområdet. Headspace fremhæver, at de frivillige drøfter henvendelser med de fastansatte psykologer, hvilket sikrer en vis grad af faglig sparring omkring den støtte, der gives. Headspace påpeger vigtigheden af den relation, de frivillige skaber til den unge og understreger vigtigheden af relationsdannelse til denne målgruppe.

3.3.1.2 Diagnostik og udredning

Centrale fund

Ved 'bekymring' i grundskolen har underviserne følgende muligheder:

- Anmode om konsultativ støtte eller en pædagogisk psykologisk vurdering fra PPR
- Underrette børne-familieafdelingen, som kan udrede gennem iværksættelse af en børnefaglig undersøgelse
- Benytte sundhedsplejen, som kan kvalificere bekymringen og eventuelt inddrage PPR eller underrette børne-familieafdelingen

Psykiatrien kan diagnosticere og udrede på henvisninger fra fx almen praksis. De undersøger kun patienter, hvor der er mistanke om en underliggende psykiatrisk problemstilling. Hvis henvisningen skal godkendes, skal problemstillingen være kompleks og kræve en tværfaglig indsats.

Det er på tværs af de regionale psykiatriske enheder i landet ikke entydigt, hvad der skal til for, at en henvisning accepteres eller afvises.

Begrebet "udredning" anvendes af flere parter i det samlede system – fx hos flere kommunale parter og i den regionale psykiatri – dog ikke altid med samme billede af, hvad en udredning omfatter.

I *psykiatrien* undersøges personer med selvskadende adfærd for underliggende problemer såsom personlighedsforstyrrelse. Typisk bliver selvskadende adfærd underordnet diagnosen (personlighedsforstyrrelse, skizofreni osv.), da selvskade ikke er en selvstændig diagnose, men derimod opfattes som et symptom, på den underliggende lidelse.

Der ses typisk variation i alvoren af den selvskadende adfærd, der spænder fra lette til moderate eller svære tilfælde. For den lette og svære selvskade gælder, at der ses bedre muligheder for udredning og efterfølgende behandling. For den lette selvskade vil der typisk ikke stilles en diagnose, mens der for den svære selvskade, der ofte optræder som et symptom på en bagvedliggende patologi, typisk stilles én eller flere diagnoser ved kontakt til psykiatrien.

I *kommuner* vil der ved bekymring ofte være taget kontakt til PPR, børne-familieafdelingen eller sundhedsplejen. Fagpersonerne her vil vurdere om der er behov for yderligere oplysninger. Hvis fagpersonerne i PPR vurderer, at der er behov, kan iværksættes en Pædagogisk Psykologisk Vurdering (PPV), ligesom sagsbehandlere i det kommunale børne-familieafsnit kan gennemføre en Børnefaglig Undersøgelse (BFU). Begge tjener som grundlag for iværksættelse af mere omfattende kommunale foranstaltninger eller henvisning til psykiatrien.

Ved en egentlig underretning til børne-familieafdelingen gennemføres en straks-vurdering, hvor det vurderes om barnet/den unge er udsat for overgreb. Hvis ikke, afdækkes behovet for yderligere undersøgelser og mindre forebyggende tiltag.

I nogle kommuner er der tværfaglige ressourcetre, hvor sundhedsplejersker, socialrådgivere, pædagoger og psykologer mv. arbejder sammen, som formentlig vil følge samme spor som ovenfor.

Én kommune i undersøgelsen angiver at have en psykiater tilknyttet deres døgninstitutioner for børn og unge, som de kan kontakte, hvis der er brug for en psykiaters rådgivning, ligesom en kommune har tilknyttet egen børnelæge til børne-familieafdelingen. Erfaringen er, at dette letter dialogen mellem kommune, det regionale sundhedssystem og egen læge.

Nogle kommuner og praktiserende læger bemærker, at mange patienter afvises ved henvisning til psykiatrien, og at de derfor ikke altid henviser, selv om de vurderer, at der er et behov for psykiatrisk udredning eller behandling. Det kan ikke på baggrund af denne undersøgelse vurderes, hvor omfattende denne problematik er med hensyn til afviste henvisninger og undladte henvisninger, men antyder en mulig tværgående udfordring: hvem tager ansvaret for den selvskadende person, hvis ingen parter vurderer, at det er deres anliggende.

3.3.1.3 Indsatser

Centrale fund

I psykiatrien tilbydes overvejende en behandling af underliggende årsager og ikke direkte af den selvskadende adfærd (undtagelsesvist i én region behandles den selvskadende adfærd sideløbende med behandlingen af grundsygdommen). Behandlingerne er typisk KAT, DAT og mentaliseringsbaserede metode alt efter præferencer og match.

I kommuner tilbydes typisk en ikke-selvskadespecifik indsats. Nogle fagpersoner i kommunerne kan dog have specifikke forudsætninger rettet mod selvskade:

- DAT og lign. (få steder, overvejende større kommuner)
- Eklektisk samtaleterapi af kortere eller længere varighed
- Rådgivende, konsulterende samtaler (alle kommuner)
- Miljøterapi på bosteder
- Støtte og kompensation (alle kommuner)

Privatpraktiserende psykologer og psykiatere tilbyder både selvskadespecifikke og ikke-selvskadespecifikke behandlinger gennem visiterede tilbud eller ved egenbetaling.

Foreningerne tilbyder vejvisning og motivation for handling samt udskydelse af selvskade ved at være et alternativ til den uhensigtsmæssige følelsesregulering.

Fælles er, at metodevalg og varighed varierer og ofte afhænger af den enkelte behandler. Varigheden af behandlingen er endvidere i nogle tilfælde afgjort af fastdefinerede pakkeforløb.

Der kan i drøftelsen af egentlig behandling eller intervention skelnes mellem indsatser rettet direkte mod selvskaden eller som en håndtering af den underliggende problematik fx mistrivsel eller en psykiatrisk diagnose, som selvskaden er et symptom på. Et eksempel er miljøterapi på botilbud eller DAT i psykiatrien ved behandling af fx personlighedsforstyrrelse kombineret med selvskade.

Generelt er der en opfattelse i psykiatrien af, at børn og unge skal være meget syge for at få behandling i psykiatrien.

Idet den svære selvskade typisk optræder i forbindelse med bagvedliggende patologier, ses den ofte i forbindelse med en eller flere diagnoser. Den mere moderate selvskade optræder typisk i det, der opfattes som en mindre syg gruppe af børn og unge.

For den målgruppe, der ikke vurderes så svært sindslidende, at de modtager en indsats i psykiatrien, findes der mange forskellige tilbud i kommunen. I nogle kommuner tilbydes psykologsamtaler i PPR eller igennem børne-familieområdet. I andre og ofte mindre kommuner er der hyppigst et tilbud om henvisning til samtaler med en privatpraktiserende psykolog. Grænsen for, hvad der udløser en (betalt) psykologindsats synes at variere på tværs af kommuner. Desuden påpeges der en problematik for unge over 18 år, der stadig har behov for psykologsamtaler, men ikke længere kan få det bevilliget gennem børneparagrafferne i serviceloven. Her er vedkommende henvist til privatpraktiserende psykolog med egenbetaling, og det fravælges af nogle med henvisning til økonomien. Det er kendetegnende for indsatsen målrettet yngre personer med moderat selvskade, at der ikke tages systematisk hånd om de unge, der uden kommunale tilbud og med afvist henvisning fra psykiatrien ofte er overladt til privatpraktiserende psykologer, hvor der er krav om egenbetaling.

Det er i forbindelse med leveringen af indsatsen en komplicerende faktor, at både praksissektor og uddannelsesinstitutioner kan have svært ved at få et overblik over de kommunale tilbud. Det skyldes dels kompleksiteten i de enkelte kommuner og dels variationer i kommunernes tilbud. Et koordineret samarbejde med de kommunale tilbud kan derfor have karakter af at være personbåret snarere end systematisk understøttet.

Givet den store kompleksitet og variation i kommunale tilbud kan det være svært for bekymrede personer med kontakt til børn og unge med selvskade (fx pædagoger eller lærere) at finde de rette veje at gå. Det kræver sikkerhed og viden at turde underrette, og når man er tilstrækkeligt sikker i sin egen vurdering, kan det ofte være uklart, hvor man skal henvende sig for at sikre den rette støtte.

I landets største kommuner er der målrettede behandlingstilbud. Disse er ofte målrettet middelsvære tilfælde (fx i ungdomscentre) – dog ikke til de sværeste, der henvises til psykiatrien. Kommunerne kan have tilstrækkeligt volumen i målgruppen til at etablere og vedligeholde en tilstrækkelig kvalitet. Små og mellemstore kommuner vil mangle volumen og i stedet skulle indgå aftaler med en ekstern aktør (fx en privatpraktiserende) om dels behandling og dels supervision. Tilsvarende gælder praksissektorens og psykiatriens forholdsregler.

Tabel 1. Typer af indsatser, der benyttes i kommuner og regioner

INDSATSTYPER	KOMMUNER	REGIONER
Kognitiv Adfærdsstrategi (KAT)	32	5
Mentaliseringsbaseret Terapi (MBT)	21	7
Dialektisk Adfærdsterapi (DAT)	15	4
Emotionel Regulerings Gruppe Terapi (ERGT)	-	0
Emotionel Regulerings Individuel Terapi (ERITA)	-	0
Terapeutisk Evaluering (TEC)	2	1
Henviser til en specifik type i andet regi	5	1
Ingen af nævnte	22	0
Andre tilbud	33	5

I *psykiatrien* har pakkeforløbene styret varigheden og intensiteten af mange forløb, og i spørgeskemaundersøgelsen svarer flertallet af respondenterne i den regionale psykiatri, at forløbenes varighed er mellem fire og seks måneder eller mere end seks måneder, hvor behandlingen typisk gives flere gange om måneden.

I *kommunerne* svarer flertallet af respondenterne ligeledes, at forløbenes varighed er mellem fire og seks måneder eller mere end seks måneder, enkelte angiver to til tre måneder jf. figur 6.

Tabel 2. Indsatsernes varighed i kommunerne

Indsatstype	FORLØBETS VARIGHED		
	2-3 måneder	4-6 måneder	Mere end 6 måneder
KAT	5	12	6
MBT	2	9	4
DAT	1	5	4
ERGT	-	0	0
ERITA	-	-	0
TEC	1	0	1

Om forløbenes intensitet svarer flertallet af de kommunale respondenter, at behandlingen gives flere gange om måneden jf. figur 7. Billedet er dog varierende og flere respondenter angiver "ved ikke/kan ikke afgøres". Dette kan skyldes flere forskellige grunde; fx at de ikke har et sammenligningsgrundlag som følge af personaleomsætningen, eller at der ikke skabes et overblik inden for og på tværs af fagområderne.

Tabel 3. Indsatsernes intensitet i kommunerne

Indsatstype	FORLØBETS INTENSITET			
	Få gange	Flere gange om måneden	Flere gange om ugen	Ved ikke/kan ikke afgøres
KAT	2	10	2	9
MBT	1	8	1	5
DAT	3	4	1	2
ERGT	-	0	0	0
ERITA	0	-	0	-
TEC	1	0	0	1

Nogle kommuner tilbyder gratis psykologrådgivning for unge mellem 13 og 30 år. Det gør det muligt at få lettilgængelige og gratis psykologsamtaler, hvis den unge har psykiske problemer eller anden form for mistrivsel. Det er erfaringen, at denne type tilbud hurtigt bliver meget efterspurgt i de pågældende kommuner. Behandlingstilbuddene i kommunerne er ofte kortvarige.

Metoder, hvortil der anvendes apps, kan være relevant understøttende men ikke erstatende i forbindelse med relationsopbygningen.

Nogle psykiatriske afdelinger nævner, at behandlingstilbuddene i kommunerne ofte er for kortvarige. Omfanget af fx psykologsamtaler bør vurderes fra sag til sag, men det er her opfattelsen, at det i nogle kommuner er diagnosebestemt – om end det er usikkert, hvilket grundlag opfattelsen hviler på.

To psykiatriske afdelinger nævner, at tilbuddene ikke er specifikke nok i nogle kommuner, specielt i de mindre kommuner, til at afhjælpe den tungere del af målgruppen, som ikke er syge nok til psykiatrien. De påpeger, at det kan være vigtigt med målrettede tilbud og behandlinger til mennesker med selvskadende adfærd, da det ofte er et symptom på en mere alvorlig diagnose. Få kommunale besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen angiver, at indsatserne er målrettet selvskade.

En *ungdomsuddannelsesinstitution* har et samarbejde med psykiatrien og kommunen, hvor den unge kan komme tilbage til skolen og hverdagen med støtte fra en kontaktperson, der fx kommer og spiser frokost med den unge.

En efterskole har fokus på opfølgning af den unge, fx når den unge skifter fra folkeskole til efterskole og specielt fra skiftet mellem efterskole og ungdomsuddannelse/produktionskole/erhvervsuddannelse mv., hvor efterskolen overleverer eleven til den nye uddannelsesinstitution og/eller kommunen ved behov.

De frivillige civilsamfundsbaseede *foreninger* angiver, at hvis den selvskadende har nogle at tale med, kan det i perioder udskyde den selvskadende adfærd. Endvidere har nogle af foreningerne selv iværksat egentlige samtalebaserede behandlingsforløb for borgere med selvskade. Det kan handle om både individuelle psykologsamtaler og strukturerede gruppeforløb.

Tværgående kan det konstateres, at kompetencerne til at gennemføre samtaleterapeutiske behandlingsforløb ikke er knyttet til specifikke sektorer – eller entydigt til specifikke faggrupper. Det vil sige, at der fx i mange forskellige regier tilbydes en behandling, der hviler på et kognitivt adfærdsterapeutisk grundlag, der kan være mere eller mindre målrettet den selvskadende adfærd. Der er således eksempler på det fra frivillige foreninger, den regionale psykiatri, privatpraktiserende psykologer såvel som fra botilbud til udsatte børn og unge.

Det må desuden antages, at konkret tilgang og kvaliteten i indsatsen er varierende på tværs af geografi og aktører, da indsatsen ofte er afhængigt af den enkelte fagperson mere end af en organisatorisk bredt forankret kompetence.

3.4 Opsamling

Denne rapport indgår i erfaringsopsamlingen med det formål at belyse, hvilke indsatser målrettet mennesker med selvskade, der findes i forskellige sektorer dækkende både de, der har fået stillet en psykiatrisk diagnose og andre, der ikke har. Undersøgelsen skal derudover vise, hvilke visitationspraksisser der anvendes, og om indsatserne er ensartede landet over. Det er intentionen at skabe et overblik med nogle generelle mønstre af ligheder og forskelle på tværs af landet samt illustrative indblik i praksis. Baseret på viden indhentet fra en lang række aktører kan der opsamlende peges på en række pointer om den nuværende indsats.

Der gennemføres generelt ikke systematisk registrering af tilfælde med selvskadende adfærd. Det vides derfor ikke, hvor stort omfanget af selvskade er, hvordan det kan opgøres, og i hvilket omfang alvorlighed og antallet af personer med selvskadende adfærd udvikler sig. Om den er uændret eller svagt stigende/faldende er ikke muligt at konkludere entydigt, om end der generelt i spørgeskemaundersøgelse og kvalitative udsagn ikke er tegn på faldende forekomst.

I tæt sammenhæng med dette kan det påpeges, at der ikke arbejdes med en entydig definition af selvskade på tværs af de mange forskellige aktører, der arbejder med personer med selvskadende adfærd.

I praksis peges der på en række undergrupper i den samlede gruppe af personer der selvskader, der kan differentieres på baggrund af en række forskellige faktorer. Herunder særligt alder, køn, forekomst af psykisk lidelse og kognitiv funktionsevne. Som en hovedgruppe nævnes unge kvinder med personlighedsforstyrrelse. Også unge kvinder, der ikke kan diagnosticeres med en egentlig sindslidelse nævnes som en større gruppe og som netop en gruppe, som der måske ikke er relevante tilbud til alle steder.

Det nævnes, at drenge og unge mænd ikke fylder meget i billedet af den samlede målgruppe. Det er – også på grund af den i praksis flydende definition – uklart om det skyldes, at der er færre drenge og mænd med selvskadende adfærd, eller om de professionelle ikke i samme omfang får øje på dem som på piger og unge kvinder.

Det største potentiale for yderligere opsporing af unge med selvskadende adfærd skal formentlig findes på uddannelsesinstitutionerne, hvor de fleste unge har deres hverdag, og hvor der ofte løbende har kontakt med undervisere og studievejledere. Der er ikke i dag alle steder en bevidst opmærksomhed efter eller støtte til personer med selvskadende adfærd.

Ligeledes spiller frivillige chat- og telefonrådgivninger en rolle i opsporingen, hvor rådgiverne kan henvise til egen læge, skadestue og kommunale støttetilbud, ved kontakt med personer med selvskadende adfærd.

På undervisningssteder – primært grundskole og ungdomsuddannelser – opfordres ved bekymring enten til åben kommunal rådgivning, PPR, børne-familieafdelingen (ved underretning) eller til sundhedsplejen.

Ved henvisninger til psykiatrien vurderes ved samtale, om der skal tilbydes behandlingsforløb eller ej. Ved denne vurdering tages blandt andet stilling til den psykiske tilstands kompleksitet, og til om patienten kan diagnosticeres med en psykiatrisk diagnose. Det påpeges, at de specifikke kriterier for, om der kan tilbydes behandling i den regionale psykiatri eller ej, varierer på tværs af psykiatriske enheder.

Gruppen af 18-årige med selvskade, der ikke kan diagnosticeres med psykisk lidelse (der af de deltagende fagpersoner vurderes at være en relativ stor gruppe), modtager ikke nødvendigvis et relevant behandlingstilbud, selv om det kan forebygge en forværring af tilstanden. Gentagen erfaring med selvskade over tid er en kendt indikator på senere selvmordsforsøg.

Det gælder måske i særlig grad unge mænd, der synes at falde uden for normen af selvskade og som dermed har en øget risiko for at blive overset. Der opleves en stor variation i den kommunale indsats i børne-familieafdeling og PPR på tværs af kommuner. Denne varians kombineret med en uensartet definition af selvskade samt manglende viden om bedste metoder medfører en varieret vifte af tilbud på tværs af kommuner.

Den konkrete indsats, der iværksættes af den kommunale forvaltning, er som hovedregel ikke selvskadespecifik, men kan – afhængigt af den enkelte fagpersons specifikke kompetencer – i visse tilfælde være det.

Privatpraktiserende psykologer spiller en rolle i indsatsen for de unge, der ikke kan diagnosticeres med en psykiatrisk diagnose, eller hvor det i øvrigt ikke vurderes relevant med en tilknytning til psykiatrien.

I psykiatrien behandles primært de underliggende årsager, og mindre hyppigt (og ikke alle steder på baggrund af en systematisk vurdering) tilbydes en selvskadespecifik

indsats. Det hænger sammen med, at den primære sundhedsfaglige anskuelse er, at selvskade er et symptom og ikke i sig selv en sygdom.

De indsatser der iværksættes i den regionale psykiatri til gruppen af patienter med selvskadende adfærd, er ofte KAT, DAT eller mentaliseringsbaseret.

Varigheden af indsatsen er både i kommune, praksissektor og psykiatri varierende, og afhænger ofte af den enkelte behandlers vurdering, og i nogle tilfælde af standardiserede pakkeforløb med en given varighed og type af indsats.

Ved behandling hos privatpraktiserende psykologer er også den enkelte borgers mulighed for og villighed til betaling afgørende for iværksættelse og varighed af forløbet.

BILAG 1: SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE

Temaer i spørgeskemaundersøgelsen

- Metoder til opsporing
- Udvikling i forekomst de sidste 2-4 år
- Udvikling i alvorlighedsgrad de sidste 2-4 år
- Karakteristik af målgruppen
- Samarbejde på tværs af aktører
- Typer af interventioner/indsatser

Herunder:

- Karakteristik af interventionens/indsatsens målgruppe
- Måltrettet/ikke måltrettet selvskade
- Hvem leverer interventionen/indsatsen
- Myndighedsafgørelse
- Interventionens/indsatsens varighed og intensitet
- Behov for specifikke kompetencer
- Interventionens/indsatsens anvendeshyppighed
- Erfaring med interventionens/indsatsens resultater

Deltagere fra regioner og kommuner har besvaret disse underspørgsmål til de anvendte typer af interventioner/indsatser, mens praksissektoren, uddannelsesinstitutioner og foreningerne har besvaret enkelte.

Tabel 4. Oversigt over fordelingen af aktørgrupper i den planlagte udsendelse

AKTØR	FAGOMRÅDE	ANTAL RESPONDENTER
Regioner	Børne- og ungdomspsykiatri	5
	Voksenpsykiatri	5
	Somatiske skadestuer	5
Kommuner	Børne- familieområdet	30
	Folkeskole	30
	Voksen-socialområdet	30
	Misbrugsbehandling	30
	Sundhedspleje	30
Praksissektor	Almen praksis	-
	Psykiatere	10
	Psykologer	20
Foreninger	Headspace	1
	Ungdommens Røde Kors	1
	Livslinjen	1
	GirlTalk	1

AKTØR	FAGOMRÅDE	ANTAL RESPONDENTER
Uddannelsesinstitutioner	Efterskoler	5
	Produktionsskoler	5
	Erhvervsskoler	5
	Gymnasiale uddannelse	5
	Universiteter	5

BILAG 2: FORTOLKNINGS-WORKSHOPS

Formål og program

Som led i erfaringsopsamlingen afholdtes fire workshops á tre timer med henblik på at:

- validere og kvalificere det foreløbige resultat af afdækningen af praksis
- indhente synspunkter og vurderinger af både lokale og generelle udviklingsbehov og -ønsker
- indhente forslag til eksempler på god praksis

Udgangspunktet var et materiale baseret på foreløbige resultater af spørgeskemaundersøgelsen omhandlende:

- Karakteristik af målgruppen
- Metoder til opsporing
- Udvikling i forekomst og alvorlighed
- Typer af indsatser
- Forslag til eksempler til brug for case-studier

BILAG 3 EKSEMPLER PÅ GODE METODER MÅLRETTET MENNESKER MED SELVSKADENDE ADFÆRD

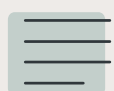
Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen

Erfaringsopsamling om gode metoder og viden om indsatser
målrettet mennesker med selvskadende adfærd

December 2018



INDHOLD



Opsøgende arbejde på Høng Efterskole

4



Trivselssamtaler på Varde Handelsskole og Handelsgymnasium og på Varde Gymnasium

7



EmpowR: Samarbejde mellem GirlTalk og kommuner

10



CeNSE: Støtteforløb i gymnasiet

13



Praksiskoordinatorfunktion i Region Sjælland

16



Dialektisk adfærdsterapi i Psykiatrisk Center Nordsjælland

20



Dialektisk adfærdsterapi i Psykiatrisk Center Glostrup

23



Personer med selvskadende adfærd på somatisk akutafdeling på Regionshospital Viborg

26



Mentaliseringsbaseret terapi i Lokalpsykiatri Odense

29

OM EKSEMPLERNE

Implement gennemfører på vegne af Sundhedsstyrelsen denne erfaringsopsamling om "gode metoder og viden om effektive indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd" som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021.

Formålet med denne samling af eksempler er at give et indblik i praksis med at støtte og behandle personer med selvskadende adfærd i Danmark.

Eksemplerne spænder bredt med hensyn til målgrupper, aktører og indsatser indenfor forebyggende, opsporende, udredende, behandlende og opfølgende arbejde blandt regioner, kommuner, uddannelsesinstitutioner og frivilligorganisationer.

Flere og andre eksempler kunne have indgået, og nogle kunne givet vis have været endnu mere nytænkende eller effektfulde. Disse er imidlertid udvalgt til samlingen i forbindelse med erfaringsopsamlingen af gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd, hvor de forekom særligt interessante og med et muligt potentiale for udbredelse. Forhåbentlig kan eksemplerne både belyse praksis og inspirere til udvikling af nye tilbud.

VISITATION, INKLUSION OG TRIVSEL





ERFARINGER MED SELVSKADE

Mens den opsporende og opfølgende indsats ikke er målrettet unge med selvskade, er selvskade blandt eleverne ikke ualmindeligt. Nogle elever kommer med en tidligere historik med selvskade, mens andre påbegynder selvskaden under opholdet.

Fælles for eleverne med selvskadende adfærd er, at de stiller store krav til erfaring og kompetencer hos personalet. I den forbindelse er løbende uddannelse af personalet til at håndtere svære problemstillinger en væsentlig løftestang for efterskolen. Uddannelse i problemstillingerne giver et fælles sprog, som understøtter den opsporende og opfølgende indsats.



TILTAGET

Der er blandt de danske efterskoler et frafald af elever, der ofte forbindes med mistrivsel. Høng Efterskole har for tre år siden startet et særligt tiltag målrettet udsatte unge, der har til formål at nedsætte frafaldet gennem et fokus på tidlig opsporing af og løbende opfølgning på de børn og unge, der starter på efterskolen. Personalet oplever, at de siden at have igangsat indsatsen forbedres i de årlige evalueringer fra eleverne.

Det opleves på mange efterskoler, at der mangler en fælles indgang til behandling og tilbud til de udsatte unge, som efterskolerne kommer i kontakt med. Desuden ses i dag en stigende tendens til, at unge kommer med svære problemstillinger, som er vanskelige for efterskolerne at håndtere. Det skyldes blandt andet, at de unge ofte kommer med tidligere eller igangværende forløb fx hos en psykolog, PPR eller sundhedsplejerske, men at efterskolerne kun i begrænset omfang har viden om de unges baggrund.

Høng Efterskoles tiltag gennemføres i samarbejde med omkringliggende kommuner og tilbydes til alle unge, der starter på efterskolen. Tiltaget er ikke målrettet selvskade specifikt, selv om der dog regelmæssigt ses unge med udfordringer relateret til selvskade.

Der er tre væsentlige elementer i den opsporende og opfølgende indsats:

- ✓ En indledende visitationssamtale med forældre og elever
- ✓ Opfølgning af uddannet inklusionsvejleder og lærerstab
- ✓ Trivselslog med løbende informationsdeling blandt lærerstaben

INDLEDENDE VISITATIONSSAMTALE

Der afholdes indledende visitationssamtaler med kommende elever forud for elevernes opstart på efterskolen. Samtalerne finder sted i forbindelse med en opstartsdag, hvor kommende elever og forældre inviteres på besøg hos efterskolen.

Eleverne interviewes af fem ansatte ud fra en fast spørgeramme, der dækker forventninger til skolen, hjemlige forhold, kontakt med støtte- og hjælpesystemer uden for skolen såsom psykolog eller psykiater samt elevens eventuelle erfaringer med angst, depression, spiseforstyrrelser eller andre typer af udfordringer.

Sideløbende med elevens interview formidles information til forældrene, og nuværende elever underholder de kommende elever, der venter på at afholde deres interview.

I forlængelse af den indledende visitationssamtale tager inklusionsvejlederen (se nedenfor) kontakt til forældre, elev, elevens tidligere skole samt kommunale sagsbehandlere og andre, hvis det er relevant. Kontakten etableres typisk med henblik på et koordineret samarbejde mellem de forskellige parter.

På baggrund af den indledende visitationssamtale og de etablerede samarbejder fordeles elever i kontaktgrupper på efterskolen, hvor elevens behov tilgodeses ud fra lærernes kompetencer og tilgængelige ressourcer.

INKLUSIONS-VEJLEDER

En enkelt lærer på efterskolen er uddannet til at varetage funktionen som inklusionsvejleder. Denne har ansvaret for at følge op på de elever, der på visitationsaftener identificeres som værende udfordrede eller med behov for en særlig indsats. Inklusionsvejlederen har i forlængelse af disse aftaler ansvaret for at koordinere et samarbejde mellem elev, forældre og øvrige relevante parter.

For særligt udfordrede elever indebærer et ophold på Høng Efterskole typisk en individuel handleplan. Tilgangen er i udgangspunktet altid at tage imod elever uanset problemstillinger, dog inden for grænserne af den støtte, som efterskolen kan tilbyde. Dette kan blandt andet være i form af at henvise til kendte kontakter inden for psykologien eller andre behandlende instanser.

TRIVSELS-LOG

Der stilles til lærerstaben krav om, at kontakt til elever løbende dokumenteres i en trivselslog. Her er relevante og nødvendige oplysninger tilgængelige for alle lærere, der kan orientere sig i det øvrige personales bekymringer, observationer og erfaringer. Der foretages således en løbende orientering om elevens tilstand, og hver elev kan følges tæt af personalet på skolen.

I trivselsloggen noteres observationer og bekymringer, og disse suppleres af opsummeringer på samtaler med de pågældende elever. Der gives løbende indstillinger til kontakt relevante kontaktpersoner for den pågældende elev i forbindelse med kontakt til forældre.



Trivselssamtaler på Varde Handelsskole og
Handelsgymnasium og på Varde Gymnasium

TRIVSELS- SAMTALER





ERFARINGER MED SELVSKADE

Selvskade er ikke en hyppigt forekommende problemstilling blandt de henvendelser, som Time Out modtager. Det forekommer dog, at der blandt elever med selvskade ses en tendens til, at særligt unge piger, der skærer i sig selv, udgør en væsentlig andel. Der ses også adfærd blandt drengene som fx en markant øget risikovillighed, der kan udmønte sig i ekstremt faresøgende adfærd, der i Time Out tolkes som selvskadende.

Det betragtes som en fordel, at tilbuddet er forankret i kommunen specifikt under sundhedscenteret. Det muliggør, at der ikke er en skarp grænse, hvad angår unge under eller over 18 år og deres mulighed for at benytte tilbuddet. En kommunal opdeling, fx i børn og ældre ville vanskeliggøre en sammenhængende indsats til gymnasiegruppen.



TILTAGET

Varde Kommune har i 10 år haft et tilbud, Time Out, om støttende trivselssamtaler til børn og unge på handelsgymnasiet og alment gymnasium. Time Out har til formål at yde rådgivning og støtte til studerende for at fremme trivsel og sundhed, fysisk og psykisk. Indsatsen er ikke specifikt målrettet unge med selvskadende adfærd, men finder dog også anvendelse i forbindelse med selvskade.

Tilbuddet er finansieret af Varde Kommune og holder til i Centret for Sundhedsfremme og dækker i alt cirka 1.000 elever.

Indsatsen startede som et åbent tilbud om rådgivning på handelsgymnasiet i Varde i 2007. I 2008 blev indsatsen udvidet til også at omfatte STX. Indsatsen udsprang af en kommunal trivselsundersøgelse blandt elever på handelsgymnasiet, der indikerede et behov fra elevernes side for at have en neutral voksen kontaktperson i deres liv i forbindelse med personlige udfordringer.

Den oprindelige indsats på handelsgymnasiet var et åbent forløb, hvor elever frit kunne henvende sig med problemstillinger fx vedrørende rusmidler, mistroivsel eller andre udfordringer. Tilbuddet var i sin opstart begrænset til en fast træffetid på skolen, men det faste format er siden blevet erstattet af en mere fleksibel og dialogbaseret tilgang.

I dag rummer indsatsen en tættere dialog med studievejledere og lærere, der kan være med til at indlede den første kontakt mellem eleverne og Time Out.

Der er to væsentlige elementer i indsatsen:

- ✓ Samtaleforløb mellem elever og Time Out
- ✓ Samarbejde med andre behandlingstilbud i Kommunen

SAMTALEFORLØB

Eleverne kan frit henvende sig til den åbne rådgivning i både handelsgymnasiet og STX i Varde Kommune. Rådgivningen rummer alle typer af mistrivsel, hvilket betragtes som en fordel. I stedet for at have en række specialiserede rådgivere, er der tale om bred rådgivning foretaget af få personer. Den samlede indsats opleves som understøttende for samhørighed i dialogen mellem elev og rådgiver, der ellers kunne risikere at være fragmenteret på grund af flere forskellige kontaktpersoner.

Time Out præsenterer sig på handelsgymnasiet og STX for eleverne med tilbud om anonym kontakt. Desuden bistår studievejledere og skolelærere med at formidle kontakt mellem elever og Time Out. Eleverne kan skrive til Time Out, men de kan også henvende sig til lærer eller studievejleder, der efterfølgende formidler kontakten til Time Out. Det opleves, at de bedste resultater opnås for så vidt angår fastholdelse af eleverne i rådgivningen, hvis lærer eller vejleder af eleverne får lov til sende kontaktoplysninger videre til Time Out, der kontakter eleven.

Typisk modtager hver elev fire til fem samtaler i sin tid på uddannelsesinstitutionen. Der er dog intet loft, og nogle elever modtager flere. Indsatsen leveres til trods for den begrænsede mængde samtaler med så stort et perspektiv på funktionel opbygelse som muligt. Elever bliver hjulpet videre til andre tilbud, i det omfang det vurderes, at de har behov for et behandlingstilbud eller har brug for andre kompetencer.

SAMARBEJDE MED ANDRE TILBUD

Da Time Out ikke selv varetager specialiseret rådgivning, er der et tæt samarbejde med mere specialiserede indsatser, der kan hjælpe de unge, som Time Out kan benytte til at hjælpe de unge videre. Der er ikke en fast procedure for overleveringen, da det i høj grad er situationsbestemt. Dog varetager Time Out ofte en del af den overdragende funktion, når eleverne bevæger sig videre i systemet.

En væsentlig del af indsatsen i Time Out består i at hjælpe de unge videre i systemet ved fx at anvise relevante tilbud eller facilitere kontakt med egen læge.

Time Out tager, hvis eleven giver tilladelse, den første kontakt på elevens vegne. Det indbefatter typisk en overdragelse af information, så den modtagende part er adviseret om elevens baggrund, hvilket kan lette overgangen til et nyt system. Under henvisningsforløbet holder Time Out kontakten til de unge, fx ved ventetid i psykiatrien efter henvisning fra egen læge.

Time Out kan også varetage opgaven med overdragelse af forløbet til psykiatrien. Det kan ske, hvis den unge er under 18 år, og forældrene ikke har mulighed for at tage med, eller hvis der ønskes yderligere støtte. Det kan også ske, hvis unge over 18 år giver tilladelse til Time Out, og det kan blandt andet inkludere deltagelse ved de første samtaler i nyt regi.



EmpowR: Samarbejde mellem GirlTalk og kommuner

EmpowR





ERFARINGER MED SELVSKADE

Der er en fokus på at sammensætte grupper, så der er fælles emner for pigerne i gruppen. Hvis selvskade er en problemstilling, der fylder meget i en gruppe, kan der være direkte fokus på det, mens andre grupper kan behandle problemstillingen mere forebyggende.

Selvskade indgår som et selvstændigt vurderingsparameter i trivselsmålingen.

De typiske resultater viser, at selvskaderelaterede problemstillinger fylder mindre, når pigerne har gennemført forløbet.



TILTAGET

GirlTalk er en non-profit organisation, der arbejder for at hjælpe unge udsatte piger mellem 12 og 24 år. Hjælpen foregår blandt andet via chat- og SMS-rådgivning, samtalegrupper, psykologsamtaler og foredrag. GirlTalk har et bredt fokus og tilbyder blandt andet hjælp i forbindelse med: egen krop, forældre, lavt selvværd, ensomhed, selvmordstanker, selvskade og spiseforstyrrelser.

EmpowR er et samarbejde mellem GirlTalk og udvalgte kommuner. Det oprindelige samarbejde opstod i 2015 mellem GirlTalk og Egedal Kommune og var på daværende tidspunkt finansieret af en pulje hos Socialstyrelsen. Det oprindelige samarbejde opstod i dialog mellem de to parter, da Egedal Kommune udtrykte behov for en indsats målrettet unge piger.

EmpowR Egedal er målrettet piger i alderen 13-18 år, mens EmpowR København og Frederiksberg er målrettet piger i syvende til niende klasse. For alle tilbud gælder, at pigerne, deres forældre eller andre voksne i pigernes nærhed selv skal henvende sig og tilmelde sig forløbet.

Mens EmpowR oprindeligt var finansieret af midler fra Socialstyrelsen, er samarbejdet med Egedal i 2018 finansieret af Egedal Kommune. I dag rummer EmpowR et samarbejde mellem GirlTalk og tre kommuner: Egedal, Frederiksberg og København. De øvrige samarbejder er lige nu fondsfinansierede med henblik på udbredelsen af EmpowR.

Der er tre væsentlige elementer i EmpowR:

- ✓ Forsamtaler med unge piger og trivselsbaseline
- ✓ Gruppeforløb med seks til otte piger over 10 måneder
- ✓ Efterfølgende opfølgning inklusiv ny trivselsmåling og overdragelse til kommunen

FORSAMTALER OG TRIVSEL

Der foretages indledende samtaler med alle tilmeldte piger og deres forældre. Forsamtalerne er en halv times fælles møde, hvor det afstemmes, hvad der forventes at få ud af forløbet i EmpowR, og hvor formatet kan afprøves forud for det fulde forløb.

Samtalerne har fokus på at give pigerne mulighed for at spejle sig i hinanden gennem brug af kognitive metoder. Det vigtigste element er at etablere et tillidsbåret fællesskab, hvor der kan sættes ord på tanker og følelser.

Pigerne kan tilmelde sig forløbet frit, hvorefter det vurderes, om de er egnede, men pigerne kan også opfordres til at tilmelde sig af enten studievejleder eller forældre.

Det opleves, at nogle piger falder fra efter deres forsamtale. Det kan særligt være tilfældet, hvis forløbet er opstartet efter forældrenes ønske snarere end efter pigernes eget ønske.

Der foretages desuden en trivselsmåling til opstartsmødet. Denne måling fungerer som en baseline for pigernes videre udvikling, og der følges senere i forløbet op på den. Trivselsmålingen er 25-30 spørgsmål, der dækker psykisk trivsel, relationel trivsel, social kompetence, mestringskompetence og selvskade.

I Egedal Kommune er der desuden tilknyttet en kontaktperson, der deltager i forsamtalen. Det supplerer et forælderrettet tilbud, som Egedal Kommune har bygget på i forlængelse af EmpowR. Her inviteres alle forældre til piger i gruppen ind halvvejs i forløbet og ved forløbets afrunding.

EmpowR har et særligt fokus på den tidlige opsporing og tilbyder at sætte ind ved mistrivsel forud for et behov for mere omfattende behandlingstilbud.

Som et led i den forebyggende og opsporende indsats tilbyder EmpowR foredrag på skoler i samarbejdskommuner med henblik på at orientere om forløbet og muligheden for, at piger i målgruppen kan komme i kontakt med EmpowR. Foruden foredrag på skolerne ligger der et samarbejde med kommunerne, der har ansvaret for at udbrede kendskab til tilbuddet.

GRUPPEFORLØB

Grupperne er sammensat af seks til otte piger med to tilknyttede vejledere og i alt 10 gruppemøder. De to vejledere har ofte tidligere været tilknyttet den åbne chatrådgivning i GirlTalk. Der foretages supervisering og støtte løbende efter behov, hvor GirlTalks egne psykologer tilbyder sparring til gruppevejledere. Gruppevejlederne har forud for igangsættelse af forløb modtaget træning med henblik på at kunne køre gruppeforløbet.

Fokus i gruppeforløbet er på mistrivsel generelt. Grupperne er sammensat af piger, der har et ønske om at deltage, eller hvor forældrene gerne vil have deres børn med. Der kan være piger i gruppen, der er dér som et supplement til andre tilbud, men det er i så fald en individuel vurdering, der beror på, om den enkelte vurderes at ville kunne have gavn af det. Det kan fx være som led i en opfølgning eller styrkelse efter en afsluttet behandling, men det anbefales sjældent at deltage i EmpowR samtidigt med andre forløb.

Gruppeforløbet afbrydes for en pige, hvis det vurderes, at vedkommende har for store udfordringer til, at de kan håndteres i gruppen.

Et EmpowR-forløb kan afbrydes i forbindelse med forsamtalen, hvis det fx vurderes, at en pige har brug for en anden hjælp forud for forløbet, eksempelvis familierådgivning, vejledning i kommuner eller et behandlingsforløb i psykiatrien.

EmpowR kan fungere understøttende eller forebyggende i forbindelse med øvrige behandlingstilbud, men det er ikke et behandlingsforløb.

OPFØLGNING OG OVERDRAGELSE

Efter afsluttet forløb er der en gensynsdag, der på nuværende tidspunkt afholdes et halvt år efter den sidste samtale i forløbet. Her udarbejdes der endnu en trivselsundersøgelse med henblik på at se, om pigerne har rykket sig gennem forløbet i forhold til det udgangspunkt, der blev etableret ved forløbets opstart. Egedal Kommune varetager selv opfølgningen. Ved forløbets afslutning orienteres pigerne om frivillige fritidsforløb i kommunen. I den forbindelse orienteres kontaktperson, og den videre kontakt gives tilbage til kommunen.

STØTTEFORLØB TIL GYMNASIE- ELEVER





ERFARINGER MED SELVSKADE

Der opleves i CeNSE generelt, at de udfylder et hul, hvad angår hjælp til elever med at finde deres rette vej gennem systemet. Det sker særligt i forbindelse med en indledende kognitiv udredning forud for kontakt med egen læge og psykiatrisk behandling.

Fra eleverne forlader folkeskolen, indtil de fylder 18 år, er der et hul, hvor CeNSE oplever, at mange unge ikke har en reel behandlingsmulighed. Her har samarbejdet mellem CeNSE og uddannelsesinstitutionerne en funktion særligt for den målgruppe, der ikke kan egenfinansiere en indledende udtalelse eller kognitiv udredning.

Selvskade er ikke den mest hyppigt forekommende problemstilling hos CeNSE men ses dog blandt de unge, der kommer ind.

CeNSE har et fokus på at tænke psykiatrinært men kan ikke selv sende en henvisning direkte til psykiatrien, da den skal komme fra egen læge. En del af arbejdet i forbindelse med selvskade er derfor også at formidle en kontakt mellem den unge og andre tilbud som fx Headspace eller Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelse og Selvskade.

TILTAGET

Center for Narrativ Samtale & Edukation (CeNSE) er en psykologklinik, der har eksisteret siden 2012. CeNSE har på nuværende tidspunkt et tæt samarbejde med en række gymnasier i hovedstadsregionen, hvor der tilbydes støtteforløb til elever med behov for hjælp.

Oprindeligt udsprang samarbejdet af en indsats i Psykiatrifonden med det formål at tilbyde støtte til unge, der oplevede udfordringer med at gennemføre ungdomsuddannelser. Indsatsen var målrettet unge, der oplevede udfordringer, men for hvem der ikke var et egnet tilbud. Det kan fx være fordi de unge ikke oplevede tilstrækkeligt svære udfordringer til at modtage et behandlingsforløb i psykiatrien.

Da finansieringen bag opstarten udløb, blev indsatsen stoppet. Nogle af de tilknyttede psykologer valgte efterfølgende at starte egen praksis, hvorefter en del af de tilknyttede gymnasier tog kontakt med henblik på at fortsætte indsatsen, der i dag er finansieret af de gymnasier, der benytter tilbuddet.

Der er på nuværende tidspunkt syv gymnasier, ét HF-center og Frederiksberg Uddannelsescenter for Voksne tilknyttet som en del af samarbejdet.

Der er to væsentlige elementer i indsatsen:

- ✓ Samtaleforløb hos CeNSE
- ✓ Afrunding og overdragelse



AFRUNDING OG OVERDRAGELSE

Der er ikke et specifikt samarbejde med kommunen, når et forløb afrundes. Hvis forløbet ikke ender med en henvisning, overdrages eleven til gymnasiet igen med anbefalinger om et videre forløb.

Det typiske udfald efter et forløb er en skriftlig udtalelse, som den unge kan bruge til at tage med sig videre, fx til egen læge eller sagsbehandleren. Skolerne dækker et stort geografisk område på tværs af mange kommuner, hvilket vanskeliggør et kommunalt samarbejde grundet uensartede kommunale tilbud.

I det tilfælde et forløb ender med en henvisning, spiller CeNSE en rolle i forbindelse med kontakt og overdragelse til det pågældende tilbud. Det indebærer blandt andet, at CeNSE sammen med eleven tager kontakt. Ved nogle tilfælde kan det også betyde, at CeNSE er med til det første møde med psykiatrien.

Det er muligt at forlænge samtaleforløbet med ét klip yderligere, der består af fire ekstra samtaler mellem eleven og CeNSE. Det er op til gymnasiet at tage beslutningen på baggrund af en anbefaling fra CeNSE, der ofte er i dialog med studievejlederen om det videre forløb.

Der er forskellige tilgange blandt gymnasierne til, om eleverne i udgangspunktet bør forlænges eller ej. Nogle gymnasier vil gerne kunne tilbyde et samtaleforløb til så mange elever med behov som muligt og siger derfor i udgangspunktet nej til at forlænge forløb af hensyn til ressourcerne. Andre vil gerne give tilbuddet til færre elever med henblik på at kunne tilbyde et mere målrettet og dybdegående forløb.

SAMTALEFORLØB

De nuværende samtaleforløb spænder over i alt fire samtaler, der finansieres af de gymnasier eller øvrige partnere, som CeNSE samarbejder med. Der er desuden i aftalen inkluderet en times administrativt arbejde og udarbejdelse af henvisninger til andre behandlingstilbud.

Det er studievejledere og skolelærere, der varetager den tidlige opsporing og første kontakt til eleverne samt henvisning til CeNSE, hvor det hovedsageligt beror på studievejleders vurdering, om der igangsættes et samtaleforløb. Eleverne forventes ikke på egen hånd at kontakte CeNSE. I stedet udfylder studievejleder et digitalt skema sammen med den pågældende elev, der sendes til CeNSE. Skemaet uddyber blandt andet de problemstillinger, som eleven oplever, og hvad henvendelsen drejer sig om, fx om der er tale om problem på eller uden for skolen samt en række øvrige spørgsmål. Eleven er med til at udfylde skemaet, men det er studievejlederen, der har ansvaret for at videresende skemaet efter udfyldelse.

Efter den indledende kontakt går det første forslag til møde fra CeNSE til eleven via studievejleder. I den forbindelse udsendes et velkomstbrev med information, og eleven inviteres til at tage forældre, kæreste, ven, studievejleder eller lærer med til samtalen, hvis de selv føler et behov.

Er eleven under 18 år, oplyser vejlederen forældrenes navne og adresse til CeNSE, der gør forældrene opmærksomme på, at eleven kommer ind til samtale. Er eleven over 18 år, indhentes tilladelse til at kontakte forældrene. Der udsendes et forældrebreve med information om forløbet.

Den indledende vurdering af behovet for at igangsætte et forløb påhviler studievejlederen, og dermed stilles der krav til vedkommendes evne til korrekt at vurdere elevernes behov. CeNSE bidrager med undervisning og supervision, der over tid opbygger de nødvendige kompetencer, men det kan være en udfordring ved nye partnere.



BINDELED: PRAKSIS OG PSYKIATRI





EKSEMPEL PÅ PATIENTHÅNDBTERING

Der er mulighed for, at praksiskoordinatorfunktionen kan bistå almen praksis med at finde alternative behandlingsmuligheder, fx efter tilbagevisning af patienter.

Lægen i praksiskoordinatorfunktionen fremhæver fra den seneste gennemgang af en patientsag, at der over to omgange var blevet henvist af almen praksis til behandling i psykiatrien, men begge gange førte til en tilbagehenvielse til almen praksis med den begrundelse, at patienten ikke faldt inden for målgruppen for de psykiatriske behandlingstilbud. Efterfølgende bistod praksiskoordinatorfunktionen med kommunikationen mellem den praktiserende læge og psykiatrien med henblik på at sikre, at der ikke var begået fejl i håndteringen af patienten.



TILTAGET

Praksiskoordinatorfunktionen i Region Sjælland er et bindeled mellem almen praksis og psykiatrien.

Der har i mange år været en tilsvarende funktion inden for somatikken i Region Sjælland, men som psykiatrien oprindeligt kun benyttede i et begrænset omfang. Over tid og i takt med et stigende antal praksiskonsulenter er der dog også i psykiatrisk regi opstået et behov for en praksiskoordinatorfunktion, som i dag findes og benyttes.

Funktionen har til formål at koordinere og styrke det interne samarbejde mellem praksiskonsulenter, og kan trækkes funktionen i forbindelse med projektorienterede initiativer.

Funktionen står for at orientere almen praksis om gældende tiltag og regler i psykiatrisk regi i regionen samt om øvrige relevante emner. Det gøres hovedsageligt via elektronisk kommunikation i form af et månedligt tidsskrift. Heri kommunikeres gældende retningslinjer eller ændringer, der kræver opmærksomhed. Det kan fx være ved ændrede regler om inddragelse af politi ved tvangsindlæggelse.

Da der er betydelige forskelle på at arbejde i almen praksis og på sygehuse, bistår funktionen de to parter med at håndtere de forskelligheder, der gør sig gældende, og som det kan være vanskeligt at blive vidende om på anden måde.

Det kan blandt andet være ved at formidle psykiatriens opdaterede retningslinjer til almen praksis – og den anden vej. Det kan også være på tværs af fagområder, hvor der ellers kan være strukturelle udfordringer.

Der er to væsentlige elementer i tiltaget:

- ✓ Samarbejdspartnere og arbejdsområder
- ✓ Patienthåndtering

SAMARBEJDSPARTNERE OG ARBEJDSOMRÅDER

Praksiskoordinatorfunktionen samarbejder med den relevante psykiatrilædeelse og psykiatristab samt med regionen på de områder, hvor der er fælles anliggender. Det kan fx være gennem praksisinformation, elektronisk kommunikation, oprettelse af kurser eller håndtering af spørgsmål.

Desuden skrives instrukser på sundhed.dk, hvor praktiserende læger kan slå op for at læse gældende retningslinjer.

Desuden er praksiskoordinatorfunktionen beskrevet på sundhed.dk som den primære kontakt for praktiserende læger ved spørgsmål til gældende instrukser eller ved tvivl om håndtering af patienter (alternativt lokale praksiskonsulenter).

I en vis udtrækning medvirker lægen i funktionen til at håndtere patienter sammen med de ansvarlige læger samt i særlige tilfælde at håndtere klagesager eller utilsigtede hændelser.

Derudover er det en del af funktionens at afklare, om et bestemt samarbejde eller en given projektaktivitet er i overensstemmelse med gældende overenskomst, eller om der skal oprettes særskilte aftaler om aflønning af de praktiserende læger. Naturen af denne opgaver fordrer et tæt samarbejde med PLO.

ERFARINGER MED SELVSKADE (1/3)

Det er generelt erfaringen, at børn og unge med selvskade ikke betragtes som værende en del af målgruppen for den regionale psykiatriske behandling, der derfor kun i et begrænset omfang tilser børn og unge i denne gruppe.

Ved udarbejdelse af henvisning fra praktiserende læge til psykiatrien skal der være et diagnostisk bud på, hvad patienten kan fejle, som psykiatrien kan afhjælpe, og det er den alment praktiserende læges ansvar, at det diagnostiske bud er så udfærdiget så præcist og relevant som muligt.

Koordinatorfunktionen og øvrige praktiserende læger oplever, at de nogle gange kontaktes af forældre, lærere, pædagoger eller andre, der har kendskab til et barn med selvskadende adfærd. Det er erfaringen i koordinatorfunktionen, at har man ikke en solid erfaring som praktiserende læge, kan det i disse situationer være vanskeligt at knytte den umiddelbart synlige selvskade til et diagnostisk bud samt at afdække underliggende psykiske sygdomme.

Det ses, at der ofte bag misbrug eller anden selvskadende handling ligger en underliggende dysfunktion, der falder under det psykiatriske eller psykologiske område, men at det dog også typisk kræver en omfattende erfaring at kunne identificere samt handle på det. Historisk har praksiskoordinatorfunktionens erfaring været, at hvis der ikke er en mere alvorlig og tilgrundlæggende lidelse, har psykiatrien ikke ønsket kontakt med den pågældende.



ERFARINGER MED SELVSKADE (2/3)

Det er en erfaring blandt flere praktiserende læger og praksiskoordinatorfunktionen, at kommuner kun i et begrænset omfang har tilbud til personer med selvskadende adfærd, og som lægerne er vidende om. Psykiatrien har også kun i et begrænset omfang et målrettet tilbud, men d har dog mulighed for at henvise til privatpraktiserende psykologer, hvis psykiatriens visitationsklinik tilbagehenviser til almen praksis.

Det er erfaringen, at problemstillingen med selvskade er nyt og dårligt belyst, og den er desuden præget af svær tilgængelighed. Der findes ikke en entydig og god test af de unge, der henvender sig til egen læge, og som i forvejen er skræmte ved at skulle henvende sig. Her oplever flere praktiserende læger sig som generalister og savner en særlig viden om selvskade, som de kun kan have mere eller mindre tilfældet fra tidligere uddannelse og patienterfaringer.

D den typiske målgruppebeskrivelse for psykiatrien ikke rummer selvskade, kræver det en alvorlig og omfangsrig selvskade eller selvskade forbundet med stor kompleksitet med mulig bagvedliggende psykisk sygdom, før psykiatrien vil tilse en patient. Det kan fx dreje sig om selvskade, der opstår samtidigt med en belastet skolegang eller en familie med udfordringer. Særligt er den videre behandling i psykiatrisk regi afhængig af kvaliteten af den henvisning, som den praktiserende læge udarbejder.

ERFARINGER MED SELVSKADE (3/3)

Der er i diverse fora blevet drøftet mulighederne for at oprette kommunale enheder til udredning og behandling, der har mulighed for at henvise til psykiatrien. Nogle oplever dog, at almen praksis og sygehuse kan have vanskeligt ved altid at finde hinanden i et samarbejde, og at endnu et led i sundhedsvæsenet ikke vil virke forenkende eller fremmende. Det fremhæves i den forbindelse, at der i dag kan være en udfordret kommunikation mellem egen læge og kommunen. Således må egen læge ikke tage direkte kontakt til PPR, hvis egen læge møder et barn med selvskade. I stedet skal egen læge indhente tilladelse fra patienten til at kontakte forældrene, der henvises til at kontakte klasselærer eller skoleleder for at få iværksat vurdering og efterfølgende tilbud fra PPR, hvilket kan være en langvarig proces.

Det anerkendes generelt, at forudsætningen for handling er kendskab til mulige tilbud. Mange kommuner har reageret positivt på at lave en liste, der gør det nemt for samarbejdspartnere at orientere sig i mulige tilbud. Der ligger således lige nu en SOFT-liste på sundhed.dk for hver kommune med de kommunale tilbud på sundhedsområdet. En tilsvarende liste med en oversigt over kommunale og private tilbud kunne være gavnlig, men vil dog også være vanskelig at vedligeholde.



Dialektisk adfærdsterapi i Psykiatrisk Center
Nordsjælland

IM

DIALEKTISK ADFÆRDS- TERAPI





ERFARINGER MED SELVSKADE

Tilbuddet er målrettet svære patienter med selvmordsrisiko eller selvskade. Det er en forudsætning for behandlingen af de svært udfordrede patienter, at alle medlemmer af det udførende personale er grundigt uddannede i DAT og med erfaring indenfor psykiatrien.

Mange patienter får ved starten af deres DAT-forløb en stor mængde medicin, og fokus er løbende på at sanere doseringen og trappe ned for i stedet at opbygge kompetencer i nye måder at håndtere problemer på.



TILTAGET

Psykiatrisk Center Nordsjælland har et særligt tilbud om ambulante behandling til voksne over 18 år. Børne- og ungdomspsykiatrien holder i dag til på Psykiatrisk Center Glostrup, hvorfor børn under 18 år ikke er omfattet af tilbuddet i Psykiatrisk Center Nordsjælland.

Tilbuddet udsprang oprindeligt for seks år siden af en udfordring for Psykiatrisk Center Nordsjælland, hvor nogle få patienter fyldte meget i akutmodtagelsen og var yderst vanskelige at hjælpe med de tilbud, der fandtes. Disse forløb foregik ofte sådan, at de pågældende mennesker henvendte sig i dårlig tilstand og blev indlagt, var selvskadende og nogle gange svært selvskadende, blev behandlet kortvarigt, blev udskrevet og kom tilbage i modtagelsen inden for en kort periode.

For at hjælpe denne gruppe af svære patienter med problemstillinger relateret til selvskade og selvmordsrisiko blev der oprettet et særligt kompetenceteam med afsæt i forskningsbaserede behandlingsmetoder.

På daværende tidspunkt var dialektisk adfærdsterapi ikke særlig udbredt i Danmark, og der blev indledt et pilotprojekt med henblik på at undersøge virkningen. Nogle medarbejdere satte sig ind i metoden og blev involveret i teamet.

Pilotprojektet har efterfølgende udviklet sig til et permanent tilbud. Der blev oplevet en stor virkning af behandlingen og oplevede en større efterspørgsel end forventet.

Der er to væsentlige elementer i behandlingstilbuddet:

- ✓ Ambulant behandlingsforløb
- ✓ Afrunding og overdragelse

AMBULANT BEHANDLINGSFORLØB

Behandlingstilbuddet er i dag et toårigt ambulante forløb med DAT-behandling målrettet patienter med diagnosen borderline eller emotionelt ustabil personlighedsstruktur, enten af borderline-type eller impulsiv type.

Behandlingsforløbets metode og varighed er forskningsbaseret. Målgruppen for behandlingstilbuddet er afgrænset ud fra den evidens, der var for behandlingsmetoden og er dermed målrettet den gruppe af patienter, der vurderes bedst kan profitere af DAT-behandlingen. Det er patienter med diagnosen emotionelt ustabil personlighedsstruktur. Patienter med andre diagnoser, der også kan have selvskadende adfærd, såsom patienter med skizofreni, er ikke inkluderet i målgruppen.

Der modtages cirka 10 henvisninger årligt, hvoraf nogle ikke tilhører målgruppen for behandlingstilbuddet og derfor afvises. Der er aktuelt omkring 22 patienter i et behandlingsforløb.

Henvisninger kan komme fra den ambulante børne- og ungepsykiatri i Hillerød, hvis patienter fylder 18 år og i øvrigt opfylder de relevante kriterier. Den mest almindelige henvisning er interne patienter fra det øvrige Psykiatrisk Center Nordsjælland, hvor ambulatoriet og alle øvrige enheder med patientkontakt kan henvise. Det er ikke muligt at lave en ekstern henvisning direkte til DAT-teamet, fx fra egen læge.

Det ambulante behandlingsforløb består i nye måder at lære at håndtere svære følelser på. De bedste forhold for det opnås, når de pågældende personer ikke undervejs i forløbet er indlagt. Dog er der en aftale med en lukket afdeling om mulig korttidsindlæggelse på én til to dage i forbindelse med krisesituationer.

Behandlingen udføres af psykologer uddannet med særlige DAT-kompetencer.

AFRUNDING OG OVERDRAGELSE

Efter de to års behandlingsforløb afsluttes forløbet. De bedste forløb afsluttes direkte til egen læge, mens andre afsluttes til opfølgning og støtte i distriktspsykiatrien.

Mange tilknyttede har støttekontaktpersoner i kommunalt regi eller bor i botilbud. Der er et løbende samarbejde med kommunen, hvor støttekontaktpersonen er involveret ved forløbets opstart, hvor vedkommende kommer med patienten til samtaler og informeres om behandlingen. Det er situationsbestemt, hvordan samarbejdet fungerer. For nogle patienter gives der tilladelse til en løbende koordinering, mens andre har et mere begrænset behov eller ønske.

Nogle patienter har ikke en støttekontaktperson, når de påbegynder deres behandlingsforløb. I de tilfælde etableres der typisk en kommunal kontaktperson i starten af den toårige behandling.

Psykiatrisk Center Nordsjælland har desuden egen socialrådgiver og læge tilknyttet teamet med henblik på at understøtte en tværfaglig indsats, fx ved medicinering eller i forbindelse med sociale udfordringer.



Dialektisk adfærdsterapi i Psykiatrisk Center
Glostrup

IM

DIALEKTISK ADFÆRDS- TERAPI





AFRUNDING OG OVERDRAGELSE

Der er endnu ikke afsluttet en patient fra et DAT-behandlingsforløb, og derfor er der ingen konkrete erfaringer med overdragelse til andre behandlingstilbud.

Det er dog på nuværende tidspunkt formodningen, at omkring to tredjedele af de tilknyttede patienter vil kunne overdrages til et andet ambulante behandlingsforløb efter at have afsluttet DAT behandlingen, fx i form af henvisning til distriktpsychiatrien eller et pakkeforløb.

Der er tilknyttet en overlæge til DAT teamet, og en del af funktionen for denne overlæge er at bistå med henvisning til andre relevante tilbud efter afsluttet behandling. Der er desuden et samarbejde med relevante kommuner omkring behov for validering og afstemning af ressourcer til forløb, fx ved aktiveringsforløb.



TILTAGET

I 2016 nedsatte Region Hovedstaden et forum for patientbehandling, der startede som et tidsbegrænset projekt, der havde til formål at hjælpe personer, der var for ustabile til at følge ambulante pakkeforløb.

Projektet er siden blevet til en permanent indsats målrettet de mennesker, der hyppigt indlægges med selvsikade eller selvmordstendenser, men som kræver en omfattende indsats.

Der findes i Psykiatrisk Center Glostrup (PCG) behandling med Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) som en del af den akutte søjle, der indgår som et evidensbaseret behandlingstilbud. Det foregår dog sådan, at der ikke henvises til DAT. I stedet tilbydes patienter med hyppig indlæggelse at deltage i forløbet. Hospitalet udpeger gennem eget kendskab til hyppigt forekommende patienter de personer, der er relevante i forhold til at modtage tilbud om behandling.

Målgruppen er hyppigt forekommende patienter med personlighedsforstyrrelser og andre samtidige sygdomme, der kan være borderline, angst, depression, stemmehøring og selvdestruktiv adfærd som selvsikade fx i form af cutting eller strangulering.

Tilbuddet har på nuværende tidspunkt været i gang i otte måneder. Der er for hver patient planlagt i alt 1½ års behandling, og der er således på nuværende tidspunkt ikke afsluttet patienter til videre øvrige behandlingsforløb.

Der er to væsentlige elementer i tiltaget:

- ✓ Behandlingsforløb med dialektisk adfærdsterapi
- ✓ Afrunding og overdragelse

BEHANDLINGSFORLØB MED DIALEKTISK ADFÆRDSTERAPI

Relevante patienter, der kan inkluderes i målgruppen, tilbydes et DAT-forløb med en varighed på i alt 1½ år bestående af krisetelefon, individuel behandling og færdighedsterapi. Formålet med behandlingen er at støtte patienterne i at oparbejde og benytte andre coping-mekanismer end de selvdestruktive, som patienter ofte ved forløbets opstart benytter.

Tilbuddet er målrettet voksne over 18 år med et typisk spænd i alder fra 18 til 50 år blandt de patienter, der modtager behandlingen.

Blandt de inkluderede patienter varierer det, hvor ofte de har været i den psykiatriske skadestue forud for forløbets opstart, men der er tale om en gruppe af patienter, der har haft mange kontakter. Patienterne henvender sig typisk med selvskade eller selvmordstanker og indlægges ofte forud for DAT-tilbuddet på et lukket intensivt afsnit, hvorfra de udskrives efter kort tid. De typiske patienterne henvender sig i akutmodtagelsen igen i løbet af få dage. En patient, der nu modtager behandling, har således forud for DAT-tilbuddet været i den psykiatriske akutmodtagelse 133 gange på ét år.

Behandlingsforløbet med DAT har indtil videre fungeret i otte måneder og har i den periode i gennemsnit opnået en halvering af antal dages kontakt med hospitalet for to tredjedele af de involverede patienter.

Behandlingsforløbet er struktureret således, at patienterne kommer til både individuel terapi og til gruppeterapi. Der er gruppeterapi to timer ugentligt og individuel terapi én time ugentligt med fri adgang til krisetelefon efter behov. Det er typisk et mål undervejs i forløbet, at patienten primært indlægges på en intensiv afdeling efter behov og ikke indlægges på de åbne afdelinger.

ERFARINGER MED SELVSKADE

Det er erfaringen, at tilbuddet er et velegnet og godt behandlingstilbud, der rammer en udsat målgruppe, for hvem der ikke er øvrige relevante tilbud om behandling eller støtte. Til trods for det korte forløb på hidtil otte måneder, er det på nuværende tidspunkt erfaringen, at der gennem behandlingen kan skabes gode resultater for den udsatte patientgruppe, hvad angår indlæggelser og stabilitet i eget hjem.

Det er en generel oplevelse på hospitalet, at de kan spore mange tilfælde af anvendelse af tvang tilbage til en begrænset gruppe af patienter. Gennem dialog med øvrige regioner er det desuden blevet bekræftet, at dette også er tilfældet andre steder i landet. Således har Region Midtjylland kunne spore halvdelen af al anvendelse af tvang tilbage til i alt 24 patienter. Det er erfaringen i PCG, at det er netop denne målgruppe, der kan have gavn af en evidensbaseret behandling såsom DAT.

Det er den generelle erfaring, at der er tale om patienter, der tilhører en stigmatiseret gruppe mennesker. Den selvskadende eller selvdestruktive adfærd tolkes ofte som manipulerende, klæbende eller svær at håndtere, og patienterne kan ses som nogle, der udnytter systemet, hvis der ikke er tilstrækkelig viden om de bagvedliggende psykopatologier. Der er for denne patientgruppe ofte en bagvedliggende traumehistorie, der kan være overvældende stor og som for den enkelte kan være svær at forklare. Derfor er det i høj grad nødvendigt at udbrede viden om gruppen og om gode behandlingsmetoder forud for det øvrige arbejde med gruppen.

I den forbindelse fremhæves det, at der på nuværende tidspunkt opleves at mangle én fælles og lettilgængelig kilde med viden rettet mod både patienter og behandlere, der kan fungere som talerør for gruppen og skabe en bredere opmærksomhed.

Personer med selvskadende adfærd på somatisk
akutafdeling på Regionshospitalet Viborg

IM

OPTÆLLING AF SELVSKADE



Optælling af personer med selvskadende adfærd på den somatiske akutafdeling på Regionshospitalet Viborg



TILTAGET

Regionshospitalet Viborg i Region Midtjylland har foretaget en optælling af hyppigt forekommende patienter i den somatiske akutafdeling og har på den baggrund iværksat testforløb med rundbordssamtaler med udvalgte patienter, hvor patienten inviteres ind til selv at være med til at bestemme over eget forløb til rundbordssamtaler evt. repræsenteret via kontaktperson eller pårørende, hvis patienten ikke overkommer at deltage.

Hospitalsenhed Midt, som Regionshospitalet Viborg er en del af, dækker over tre tilknyttede kommuner, Viborg, Silkeborg og Skive. Der er for nylig blevet foretaget en opgørelse af de 25 patienter med flest henvendelser i den akutte afdeling for hver kommune. Indledningsvis har hospitalet valgt at granske resultaterne fra Viborg, mens der er planer om at foretage samme gennemgang for de to øvrige.

Det var den oprindelige forventning, at de hyppigst forekommende patienter med genindlæggelser ville være ældre mennesker med flere samtidige kroniske sygdomme i ustabile sygdomsforløb. Imidlertid har opgørelsen vist, at patienterne med de mest hyppige kontakter var unge piger med selvskadende adfærd.

Blandt de 25 hyppigst indlagte patienter fra Viborg Kommune har der været seks til syv piger med selvskadende adfærd, der blev indlagt op til flere gange månedligt. Den mest hyppige af disse havde sidste år haft mere end 40 indlæggelser svarende til tre indlæggelser månedligt.

På baggrund af optællingen er der iværksat en indsats, der lige nu testes på udvalgte patienter, hvis væsentlige element er:

- ✓ Koordinerede forløb med rundbordssamtaler



Optælling af personer med selvskadende adfærd på den somatiske akutafdeling på Regionshospitalet Viborg

RUNDBORDSSAMTALER

På baggrund af optællingen er der igangsat en målrettet indsats i form af et testprojekt. Indtil videre er én person en del af testprojektet. Der var oprindeligt udvalgt tre personer som mulige personer til første gennemførelse af indsatsen, og det er fortsat ambitionen at få flere personer igennem et lignende forløb.

Til den første rundbordssamtale var alle relevante parter på nær egen læge, som desværre var forhindret, til stede. Patienten var til først samtale repræsenteret via sin kontaktperson på bostedet. Til samtalerne følges patientens indlæggelsesmønster måned for måned.

Til rundbordssamtalerne deltager betalingskommune, behandlingskommune, psykiater, behandlende læger og øvrige fagpersoner fra hospitalet. Formålet med rundbordssamtalerne er at få et fælles forum, hvor der kan skabes et fælles billede af situationen og i enighed komme frem til, hvad det gode vil være at gøre. I det tilfælde, hvor der har været tale om en patient med svære udfordringer, har bostedet fx været i stand til at bidrage med vigtig viden om typen og omfanget af selvskaden, som hospitalet ellers ikke havde haft så indgående kendskab til.

Ved rundbordssamtalen udarbejdes et driverdiagram som handleplan for patienten, der er styrende for det videre forløb. Det har været et væsentligt element i at kunne arbejde med de langsigtede mål. Der er i hospitalsregi ligeledes oprettet en problemorienteret plan i den elektroniske patientjournal, som gør det nemmere og overskueligt for personalet at se, hvad planen for netop denne patient er i en ellers ofte meget lang journal.

ERFARINGER MED SELVSKADE

Forløbet har endnu ikke fungeret i lang tid, så det er for tidligt at konkludere et fald i antallet af somatiske indlæggelser. Der har dog tidligere været opstartet lignende forløb i psykiatrisk regi, hvor der blev observeret faldende antal kontakter/indlæggelser over tid.

Den generelle oplevelse har været, at de mest hyppigt forekommende patienter alle er velkendte blandt personalet, men at det har været overraskende, hvor ofte og i hvilket omfang selvskaderelaterede problemstillinger har præsenteret sig. Optælling er i den forbindelse et element i at få systematiseret kontakten til de patienter, der ofte kommer i kontakt med hospitalet. I projektet kaldes de hyppig indlagte patienter for VIP (very important patients) ud fra en tanke om, at patienter som kommer meget hyppigt, skal mødes med en helt særlig og koordineret indsats. Det opleves allerede nu at begrebet VIP breder sig i Akutafdelingen, og personalet spotter relevante kandidater til rundbordssamtaler.

Det opleves, at det sammensatte forløb er virksomt, fordi det i højere grad inddrager patienten i behandlingen på deres egne præmisser.

Optællingen er foretaget af den interne Business Intelligence-enhed (BI) i regionen.

Det langsigtede mål med tiltaget har været at reducere antallet af somatiske indlæggelser, set som udtryk på at patienten er mindre selvskadende, det vil sige har fået det bedre. Det afventes at se, om det umiddelbart øger antallet af psykiatriske indlæggelser i stedet.

Den indledende kontakt i forbindelse med indkaldelse til rundbordssamtalerne er været på et højt ledelsesniveau for at få prioriteret tiltaget.



Mentaliseringsbaseret terapi
i Lokalpsykiatri Odense

IM
_

MENTALISERING





TILTAGET

Lokalpsykiatri Odense i Psykiatrien i Region Syddanmark har et dedikeret psykoterapeutisk team, der arbejder med mentaliseringsbaseret terapi.

Der foregår en indledende udredning af unge over 20 år. Nogle af disse har selvskadende adfærd, der oftest optræder i forbindelse med øvrig psykopatologi, når de ser dem.

Det er erfaringen, at unge over 20 år, der fortsat udviser selvskadende adfærd, har det i tilslutning til en bagvedliggende psykopatologi. Det hænger sammen med, at det 20. år typisk er en årrække efter debutalderen for en selvskadende adfærd, og de fleste, der har eksperimenteret med selvskade, er til den tid enten kommet over det eller har oplevet en forværring af tilstanden, hvorfor de i forvejen har kontakt med psykiatrien.

Sideløbende med forløbet i Lokalpsykiatri Odense er hovedparten af de unge i uddannelse.

Teamet arbejder med en indledende visitationssamtale, hvorefter et individuelt tilrettelagt forløb igangsættes.

Det væsentlige element i tiltaget er:

- ✓ Koordinerede indsatser



INDLEDENDE VISITATIONSSAMTALE

Der er tilknyttet en koordinerende sagsbehandler, hvis funktion er at planlægge netværksmøder for skoler og patienter.

Varigheden af den faktiske indsats er meget forskellig og varierer efter behov. Det afhænger primært af resultatet ved en vurdering af den underliggende problematik samt en vurdering af, hvad der vil hjælpe den pågældende person bedst i dette tilfælde.

Patienten kan starte i en individuel afdækning, der iværksættes som et pakkeforløb.

Efterfølgende tilbydes et skræddersyet forløb, der fx kan rumme psykoedukation (gruppebaseret) eller supplerende individuel behandling. Den supplerende behandling kan være særligt relevant, hvis der på det tidspunkt fortsat udvises selvskadende adfærd. Der kan lejlighedsvist igangsættes en supplerende medicinsk behandling efter behov.

Ved lettere tilfælde har lokalpsykiatrien et samarbejde med Odense Kommune vedrørende psykologibehandling til voksne under 30 år og Odense Kommunes rehabiliteringsteam, som har et undervisningsbaseret borderlineprojekt. Desuden kan der henvises til Dialektisk Adfærdsterapi (DAT-team) i Svendborg eller Headspace.

Der foretages desuden en rådgivning af praktiserende læger og praktiserende psykiatere samt kommuner i forbindelse med patientrelateret kontakt.

