

Komplekse forløb med selvskade

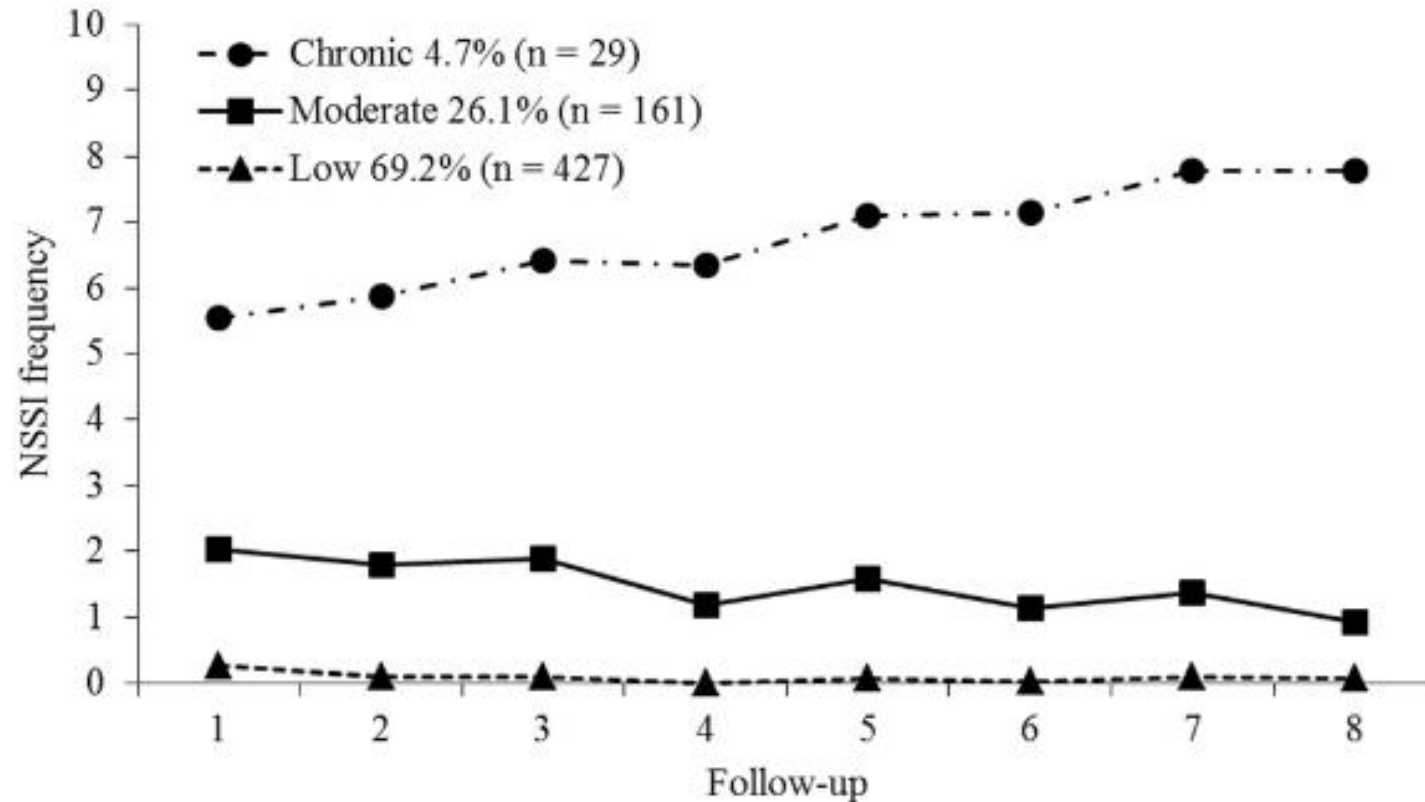
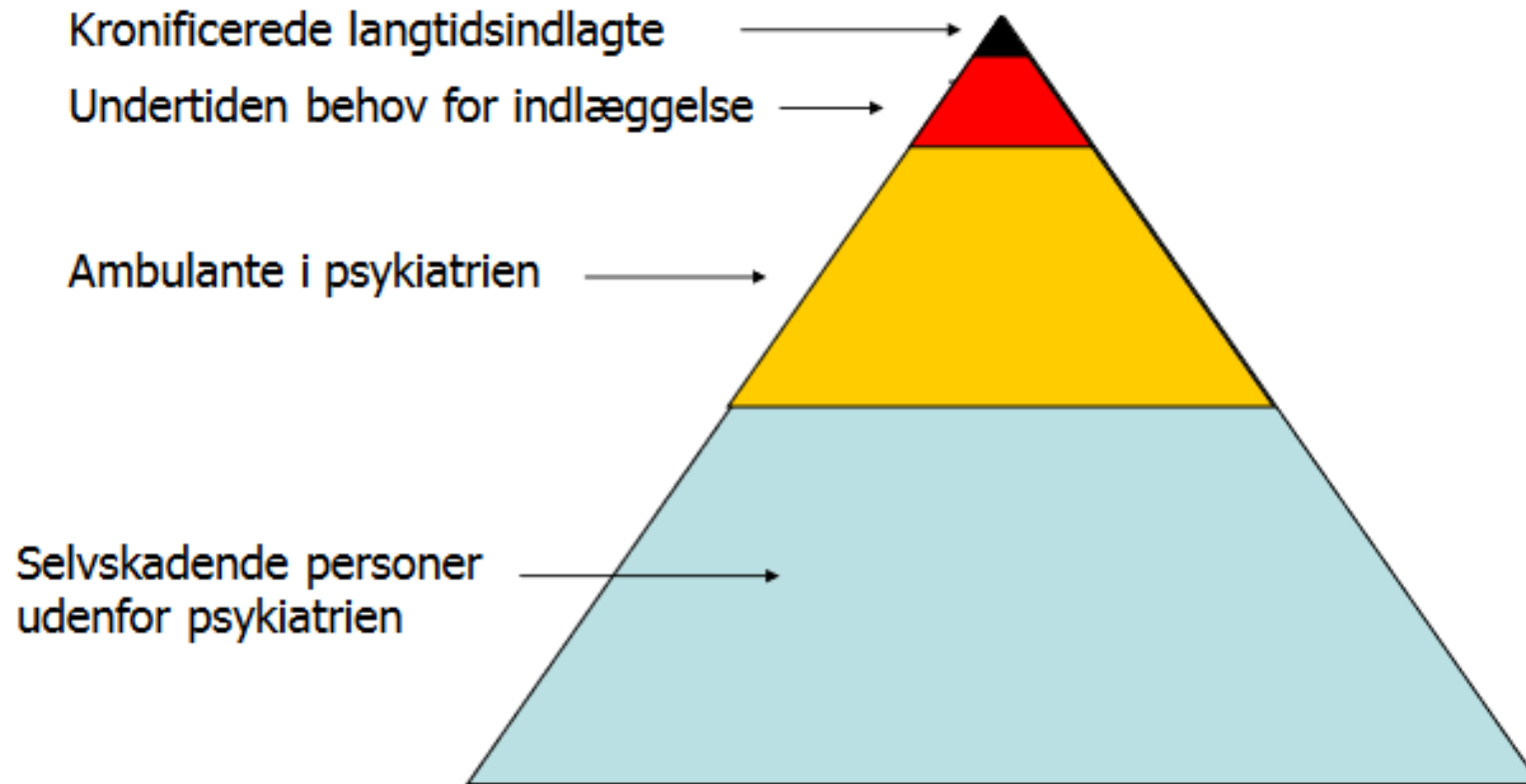


Fig. 1 Latent trajectory classes of adolescent NSSI across the eight follow-up assessments from Grades 10 to 12

Komplekse forløb med selvskade



Regional retningslinje

Selvskade, fællespsykiatrisk retningslinje



Formål



Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe/Gyldighedsområde



Definition af begreber



Fremgangsmåde



Dokumentation



Ansvar



Referencer



Regional retningslinje



Fremgangsmåde ^

Den selvskadende patient skal mødes med samme respekt, omsorg og forståelse som andre patienter, og personalets holdning skal være ikke-dømmende og præget af ro, åbenhed, nysgerrighed, samarbejde, forståelse, validering og mentalisering.

Selvskade bør forstås som en særskilt problematik, der skal opspores og behandles målrettet. Adfærden skal altid forstås individuelt, hvor funktionen og baggrunden udredes for den enkelte patient. Det er vigtigt at undersøge, hvordan selvskaden relaterer sig til både den underliggende psykopatologi og patientens kognitive profil (fx *inferioritas intellectualis*) for bedst muligt at kunne tilrettelægge et relevant behandlingsforløb.

1 Screening for selvskade ∨

2 Behandling ∨

3 Samarbejde omkring patienten ∨

4 Samarbejde med patienten ∨

5 Særligt for ambulatorie ∨

6 Særligt for sengeafsnit ∨

7 Diagnosespecifikke opmærksomhedspunkter ∨

8 Særligt for fokuspatienter ∨

9 Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri ∨

10 Supervision ∨

11 Kompetenceudvikling ∨

Patientvejledninger ∨

Screening

1 Screening for selvskade ^

Alle patienter fra 9 år og opefter bør screenes for selvskade. For ambulante patienter bør screeningen foreligge senest ved 3. samtale og for indlagte patienter senest indenfor 48 timer efter indlæggelsen.

Screeningen bør foretages med et letanvendeligt screeningsredskab, såsom

- Transdiagnostic Self-injury interview (TSI) [↗ Transdiagnostic Self-injury Interview \(TSI\).pdf](#)
- Form, Frekvens og Funktion (De 3 F'er): [↗ Bilag - De 3 F'er](#)

I E-læringskurset *Selvskadens ABC* er der en introduktion til De 3 F'er: [SelvskadeABC | Region Midtjylland](#)



Behandling

2.1 Behandlingstilgange ^

Den primære behandling ved selvskadende adfærd er psykoterapeutisk og miljøterapeutisk behandling, men medicinsk behandling kan være indikeret til understøttelse i behandlingen af eksempelvis psykose, som søvnstøtte eller når patienten er i svær affekt.

Behandlingen bør altid være tilrettelagt individuelt og under hensyntagen til såvel patientens underliggende psykopatologi, selvskadens alvorlighedsgrad samt patientens aktuelle realitetsorienterede refleksionsniveau. Det er samtidig væsentligt, at patienten inddrages aktivt i både afdækningen og behandlingen af selvskaden.

På psykiatrisk afdeling i Region Midtjylland anvendes følgende terapeutiske tilgange:

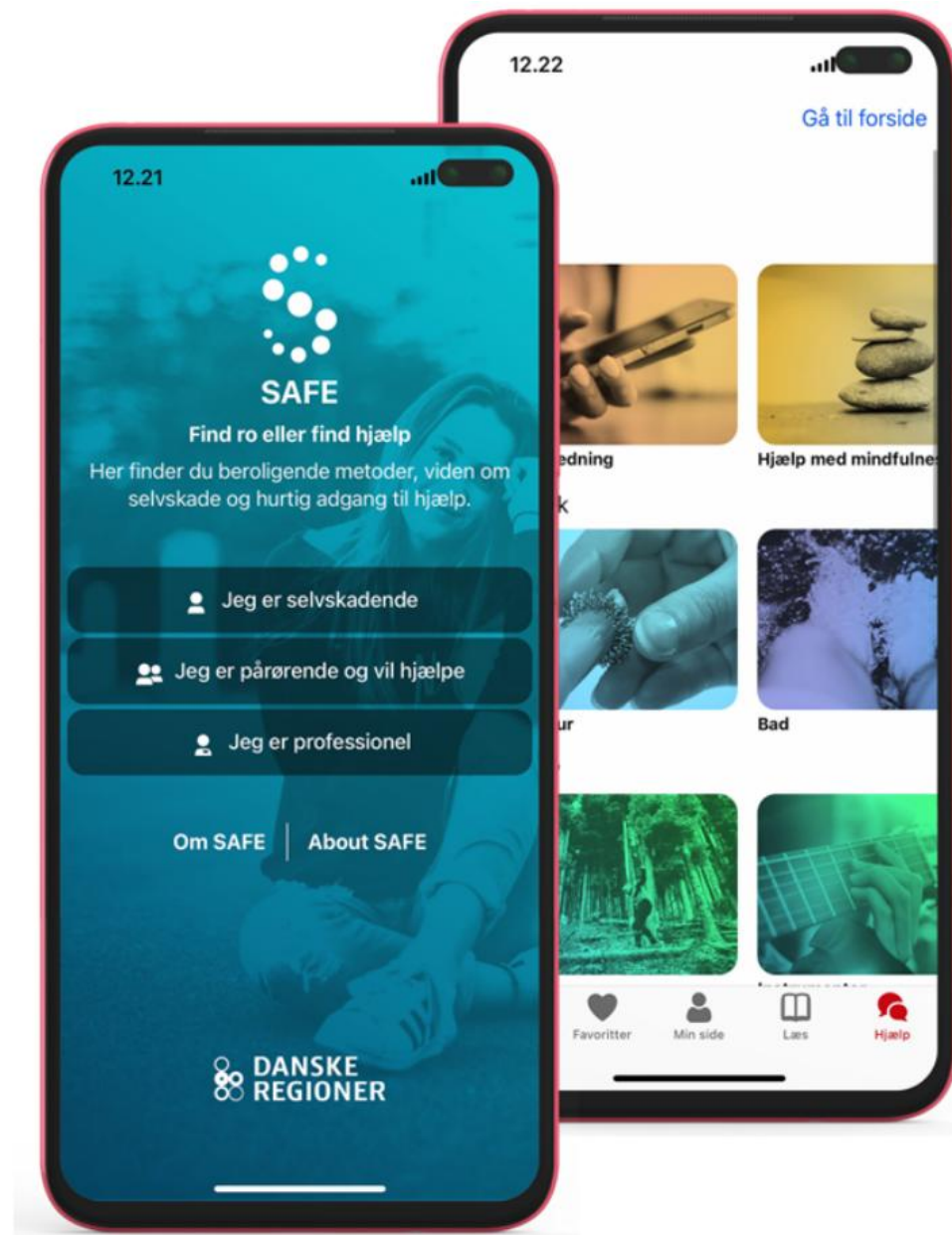
- **Kognitiv adfærdsterapi/Dialektisk adfærdsterapi:** En terapiform med fokus på at undersøge og forstå patientens uhensigtsmæssige tankemønstre og handlemæssige reaktioner i specifikke situationer, samt hjælpe pt. til mere hensigtsmæssige tankemønstre og indlæring af nye handlemæssige færdigheder (Farmer & Chapman, 2016).
- **Psykodynamisk terapi:** En terapiform med fokus på bevidste og ubevidste mønstre for såvel forståelse af og ageren ift. selv og andre, herunder overføring/modoverføring, relationelle forhold, objektrelationer, tilknytningmønstre, traumehistorik samt udvikling af kapacitet til håndtering af følelser (Gibbons, 2024).
- **Mentaliseringsbaseret terapi:** En terapiform med fokus på evnen til mentalisering, dvs. evnen til at sætte sig ind i og forstå mentale processer hos en selv og andre, forstå sammenhænge og mentaliseringssammenbrud (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman et al., 2015; Barnicot et al., 2022).
- **Miljøterapi:** Der kan laves miljøterapi med afsæt i en af de tre ovennævnte terapitilgange.

Det er op til den enkelte afdeling at vurdere, hvilken psykoterapeutisk tilgang der danner udgangspunkt for behandlingen. Det forventes dog, at alle afdelinger har kendskab til grundlag og terminologi i de øvrige behandlingstilgange, således at der sikres en fælles forståelse af den selvskadende patient trods forskellige referencerammer. Den psykoterapeutiske behandlingstilgang bør desuden, uafhængig af den psykoterapeutiske referenceramme og terminologi, adressere den selvskadende adfærd, dens funktion og konsekvens samt indeholde nedenstående fælles indsatser i behandlingen.



Behandling: SAFE app

- Udviklet af Region Sjælland



Behandling: Diagnosespecifikt

Personlighedsforstyrrelser

- Affektregulering (pga. emotionel ustabilitet)
- Selvstraf (pga. negativt selvbillede og væmmelse ved selv)
- Reaktion på barndomstraumer (som er overrepræsenteret i denne gruppe)
- Indflydelse fra jævnaldrende (pga. "smitte" og identitetsusikkerhed)

Udviklingsforstyrrelser

- Føle kontrol (fx som et fast dagligt ritual i en ellers "uforudsigelig" verden)
- Kommunikation til andre (pga. kommunikative vanskeligheder)
- Sansestimulering (pga. anderledes sanseprofil)
- " Ved stereotyp selvskade bør behandler være opmærksom på, at patienten ikke kan stoppe selvskaden selv"

Psykosser (F2)

- Adlyde stemmer ("stemmerne sagde at jeg skulle")
- Reagere på vrangforestillinger ("Jeg kan redde verden ved at fjerne mine øjne")
- Markere grænser til omverdenen ("Hvor slutter jeg?")



Behandling

3 Samarbejde omkring patienten ^

Selvskadende patienter har ofte forløb, der går på tværs af flere af sundhedsvæsenets sektorer. På grund af kompleksiteten og den til tider voldsomme karakter af disse forløb, er det derfor særligt vigtigt at have fokus på tværsektoriel koordinering og samarbejde.

Nedenfor beskrives forskellige former for samarbejde omkring patienten, som er vigtige at være opmærksom på, især ved svær selvskadende adfærd.

3.1 Bosteder og kommune v

3.2 Ambulatorie og sengeafsnit v

3.3 Somatik v

3.4 Pårørende v

3.5 Praktiserende læge og lægevagten v



11 principper for behandling af fokuspatienter med selvskade

- Princip 1: Patienterne må ikke afsluttes, hvis de ikke er terapiegnede.
- Princip 2: Ambulant behandler har fortsat et medansvar for patienten under indlæggelse.
- Princip 3: Ambulante samtaler skal holdes selv om patienten er indlagt.
- Princip 4: Ambulante behandlere går med på konferencer i sengeafsnit, når deres patient er indlagt
- Princip 5: Ambulante behandlere udarbejder forhåndstilkendegivelser med patienten.
- Princip 6: Fokuspatienter ses som minimum 1 gang om ugen ambulant, der kan dog være en undtagelse ved særligt samarbejde med bosted.
- Princip 7: Fokuspatienter har så vidt muligt samme kontaktperson og behandler og alle har et ambulant forløb. Typisk i form af indsats ved selvskadeteams.

11 principper for behandling af fokuspatienter med selvskade

- Princip 8: Fokuspatienter tilbydes intensiv behandling enten relations behandling, støttende samtaler eller psykoterapi.
- Princip 9: Arbejder man i teams eller sengeafsnit, der har svært selvskadende patienter skal man modtage systematiseret supervision.
- Princip 10: I løbet af det første år skal en fokuspatient have undersøgt:
 - Sensorisk profil
 - Kognitiv udredning
 - Psykopatologi
- Princip 11: Patienten skifter ikke afsnit, men har et stamafsnit.

Helhedsorienteret og intensiv selvskaadebehandling til fokuspatienter

**B
i
o
l
o
g
i**

**K
r
o
p**

**P
s
y
k
e**

**S
o
c
i
a
l
t**

Sengeafsnit: Miljøterapi

Klinik: FACT/OPUS

Arbejdsgruppe

- Jesper Nørgaard Kjær, overlæge, Klinik 1 (leder af arbejdsgruppen)
- Nina Medelby Pedersen, oversygeplejerske, S8
- Emir Bukva, ergoterapeut, S10
- Lene Kuntz, socialrådgiver, S10
- Sofie Aggerholm Kristoffersen, sygeplejerske, S10
- Anna Louise Poulsen, sygeplejerske, S7
- Louise Hørsted Leimann, sygeplejerske, Klinik 1
- Runhild Arendt, specialpsykolog, Klinik 1
- Kira Buttgereit, specialpsykolog, Klinik 1
- Tine Grønning, ergoterapeut, OPUS
- Birthe Kingo Christensen, fysioterapeut, OPUS
- Andreas Danielsen, speciallæge, OPUS

Eksempel: Biologi

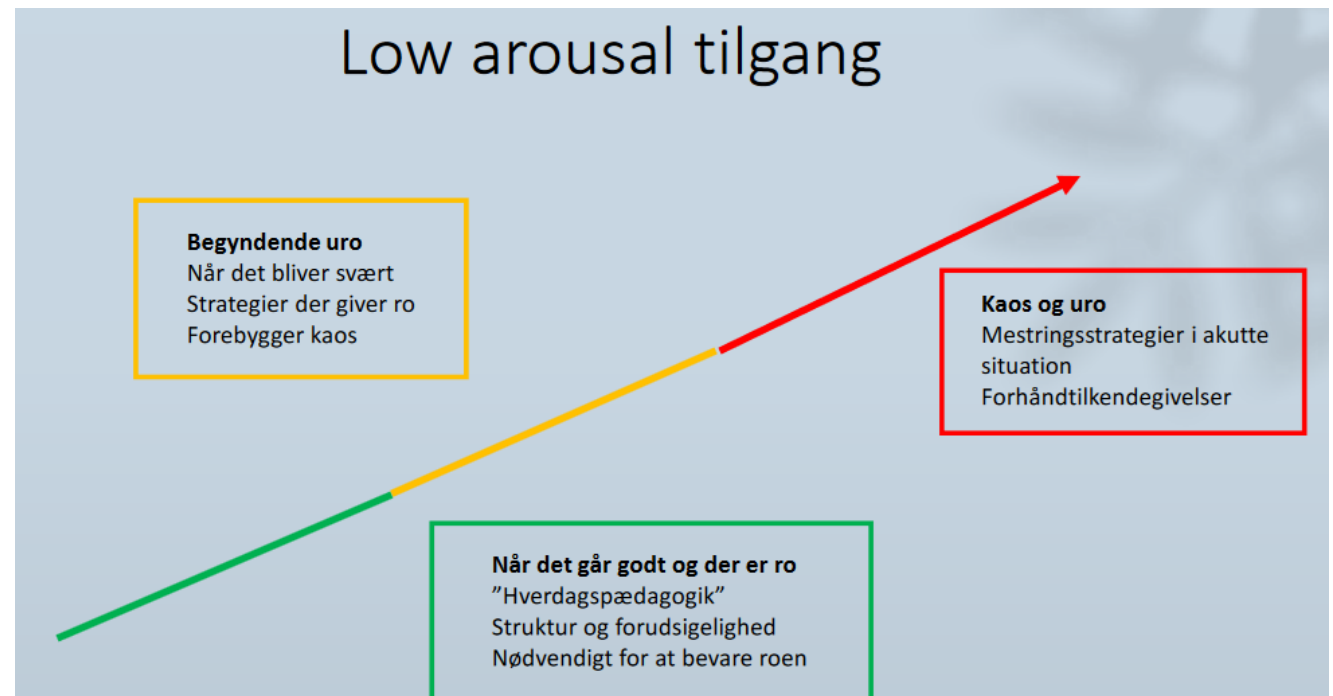
Tiltag og ressourcer

Biologi

Tiltag	Ressourcer	Ansvarlige
Lægesamtale hver 2. måned med følgende mulige fokusområder: Antipsykotika Clozapin (evt. opstart under indlæggelse) Stemningsstabiliserende Angstdæmpende: pregabalin/benzodiazepin ECT TMS Akut medicinplan Pn vs. non-farmakologiske metoder	Én samtale hver 2. måned og god forberedelsestid.	Behandlingsansvarlig speciallæge

Eksempel: Krop

- Arousal Profile and Guidelines (APG)
 - undersøger tidlige tegn på øget arousal og adfærdsændringer
 - udarbejdes detaljerede handlestrategier til forebyggelse og håndtering af selvskade
 - Ressourcer: 1,5 arbejdsdag for 5 personaler fra sengeafsnit og gerne én fra klinik



Eksempel: Psyke

- Evt. fornyet udredning
- Kognitiv profil
- Psykoterapi (afhænger af forløbet)
- Målebaseret med bl.a. TSI

	Skæv kognitiv profil, nedsat begavelse	Personlighedsforstyrrelse, borderline
Selvskade	Gribe ind, bremse, forebygge, Kompenserende strategier, Konfiskere, visitere	Støtte til at tage ansvar, Motivere til ændring og at handle anderledes Mærke når det er svært og opsøge hjælp i tide
Akut indlæggelse	Faste rammer, Elektive indlæggelser Besluttet af/sammen med andre	Mærke efter, selv tage ansvar, Opsøge hjælp i tide, Motivation til ændring/gøre noget andet

Eksempel: Socialt

- Mini-teams på sengeafsnit
- Netværksmøder
- Regelmæssige tværsektorielle "check-in"
- Skemalagt supervision

Helhedsorienteret og intensiv selvskaadebehandling til fokuspatienter

B
i
o
l
o
g
i

■ Clozapin
■ ECT

K
r
o
p

■ Sensorisk
profil/APG

P
s
y
k
e

■ Kognition
■ Psykoterapi

S
o
c
i
a
l
t

■ Faste
netværks-
møder

Samar-
bejde

■ Sengeafsnit: Miljøterapi

■ Klinik: FACT/OPUS

Fast afsnit

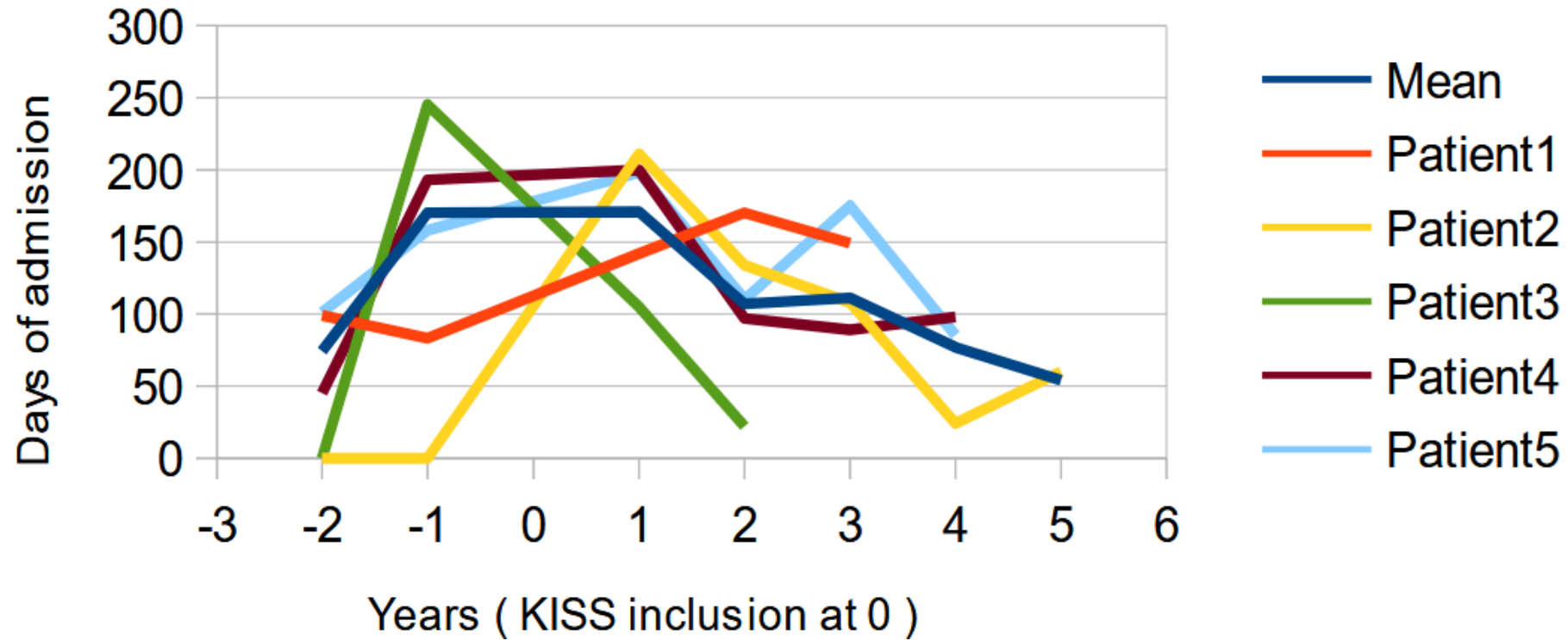
Fast mini-team

Kvalitetsprojekt

- Implementering af intensiv selvskadebehandling
- Hvad virker? Hvad kan lade sig gøre?
- Måle effekt af behandlingen
 - Selvskade med TSI
 - Recovery
 - Medicinering
 - Indlæggelsesdage
 - Tvangssituationer

Monitoring

Figure 2. Development in days of admission to psychiatric inpatient clinics



Arbejdspres

- For mange svært syge patienter
- Højt caseload
- Få sengepladser, korte indlæggelser
- Insufficient behandling
- Stress/udbrændt
- Begrænset / ingen supervision



Modoverføring ved selvskade

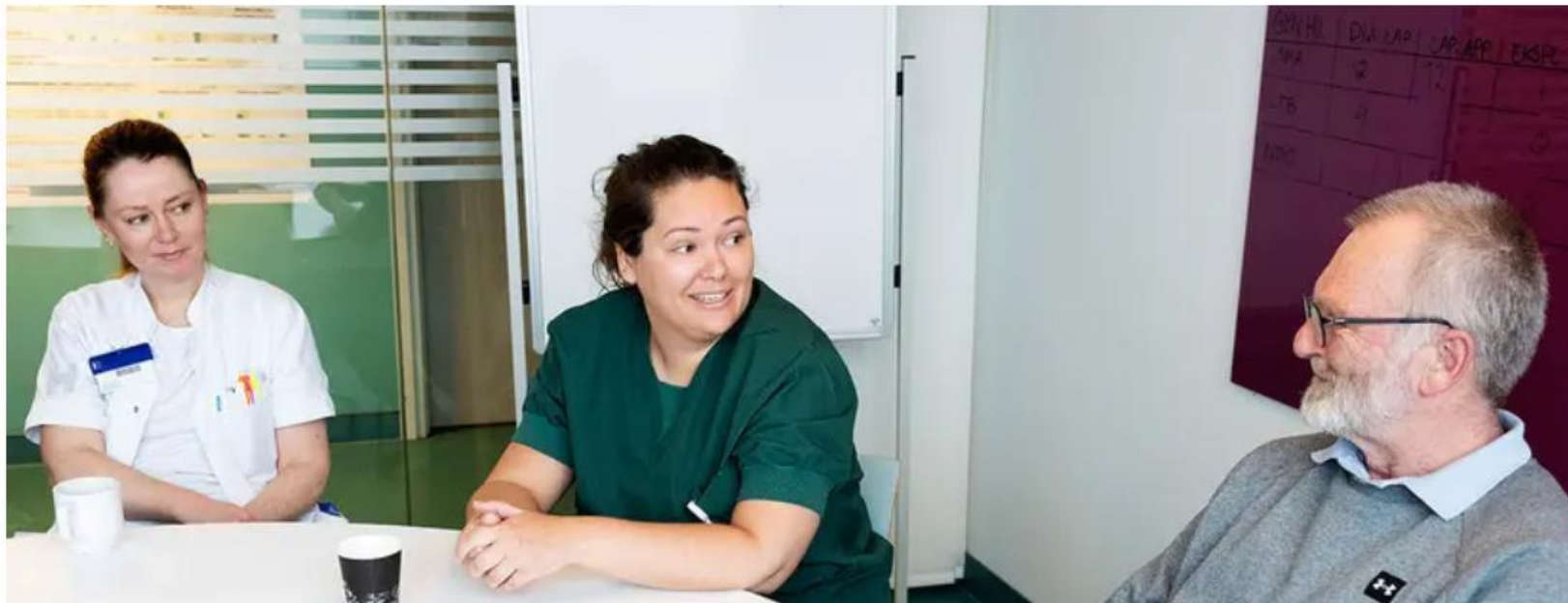
- Skyldfølelse
- Hjælpeløshed
- Angst og rædsel
- Redningsfantasier
- Trang til handling
- Overskridelse af professionelle grænser
- Raseri og had – Patienter "straffes"
- Ubevidste parallelprocesser



Balint

På Gastroenheden taler de yngre læger med en psykiater: »Det hjælper vildt meget at vende det med Finn«

På landets største mave-tarm-afdeling er en psykiater ansat på deltid for at passe på afdelingens personale, herunder de yngre læger. Faste rundbordsmøder og individuelle samtaler skal sikre, at KBU-læger får talt højt om faglig usikkerhed, samarbejde og trivsel.



Ufl, 19/5 2024

Håb



- Arnhild Lauveng
- Forfatter og psykolog
- Tidligere selvskade, skizofreni og utallige indlægninger



Afrunding

- Søger læger fra Region Nordjylland og Syddanmark til at få oprettet selvskade SFI
- Slides deles på dpsnet.dk
- Retningslinje inkl. TSI: e-dok.rm.dk =>
- Kontakt: jespka@rm.dk



- **Tid til fælles drøftelse og erfaringsdeling**