

# Erfaringer fra etablering av dialektisk atferdsterapi for ungdom

Anne Mari Syversen  
anne.mari.syversen helse-bergen.no

Gro Sydnes Fjellheim

Implementering av ny metodikk i klinikk kan være en krevende prosess. I psykisk helsevern for barn og unge i Helse Bergen har vi implementert et DBT-team, og dette er vår historie om denne prosessen.

I 2013 ble det igangsatt et prosjekt i Psykisk helsevern for barn og unge (PBU), Helse Bergen. En rekke evidensbaserte metoder ble innført for lavfrekvente pasientgrupper i spesialiserte behandlingsteam, såkalte tyngdepunkt (Kleve et al., 2020). Slike tyngdepunkt var allerede etablert for blant annet behandling av spiseforstyrrelse, OCD og psykose, men behandlingsoalternativene for ungdom med emosjonelt ustabile trekk var mer tilfeldig og basert på den enkelte terapeuts preferanse og kunnskap. Det var utfordrende å få til standardisering i tilbudet, og det var behov for en mer overordnet forståelse og et samlet behandlingsoalternativ også for denne gruppen. En arbeidsgruppe fikk mandat til å gjennomgå eksisterende DBT-team i Norge, vurdere relevans for og eventuell overføringsverdi til PBUs behandlingsokontekst og utarbeide et utkast for et fremtidig DBT-team i PBU.

## Utforskning

I forkant av prosjektet ble NICE guidelines (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009) og American guidelines (American Psychiatric Association, 2001) for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse gjennomgått. Dialektisk atferdsterapi (DBT) viste god evidens i behandling av ungdom (Fleischhaker et al., 2011; James et al., 2008; Rathus & Miller, 2002), og PBU ville utforske muligheten for å implementere DBT videre.

Om lag 32 000 ungdommer i alderen 13–18 år tilhører PBUs opptaksområde (Vestland fylkeskommune, 2021). Arbeidsgruppen antok at dette var et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å utvikle et DBT-team for hele PBU. Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk har tradisjonelt vært blant gruppen med høyest forbruk av helsetjenester innen psykisk helsevern, både med hensyn til polikliniske behandlinger og akuttinnleggelser (Bender et al., 2001). Arbeidsgruppen vurderte på dette grunnlaget at etablering av DBT kunne gi et behandlingsoalternativ og en eventuell reduksjon i innleggelser for disse pasientene på sengepostene.

## Etablering av programmet

Behandlere til DBT-teamet ble rekruttert fra tre ulike BUP, den ambulante seksjonen, samt sengepostene for ungdom, og bestod av fem psykologspesialister og en psykiatrisk sykepleier. Teamet ble lokalisert sentralt i Bergen med lett tilkomst for pasienter fra hele regionen. De seks behandlerne var fortsatt organisatorisk forankret i sin opprinnelige seksjon, slik at teamet hadde seks ulike ledere å forholde seg til. Ingen ekstra økonomiske midler ble gitt. Det ble holdt et oppstartsmøte med øverste

ledelse, og teamet hadde møter med to andre DBT-team i regionen for å få inspirasjon og lære av deres erfaringer.

DBT er en kombinasjonsbehandling som består av ferdighetstreningssgrupper, individualterapi, telefonkonsultasjon og konsultasjonsteam for behandlerne. DBT-utdanningen for behandlere består av to samlinger som går over fem dager, med 7–9 måneders mellomrom. Opplæringen fokuserer særlig på implementering, og i forkant blir deltakerne oppfordret til å lese eksisterende litteratur og studere metoden. I samlingen gis en introduksjon til teorien og behandlingsstrategiene til DBT. Hensikten er å etablere behandlingen umiddelbart etter denne uken, og man får en liste med hjemmeoppgaver for å fremme implementeringen. Teamene presenterer så arbeidet og deres nå etablerte DBT-program på samling to (Swales et al., 2012). Vårt DBT-team deltok i første opplæringsuke i regi av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) i oktober 2014.

DBT-teamet bestemte seg for en modell som lå tett opp til Millers ungdomsversjon (Miller et al., 2007). Ungdommene skulle gå i ukentlig individualterapi og ferdighetstreningssgruppe sammen med en forelder eller annen omsorgsperson. Ferdighetstreningssgruppen kunne maksimalt inneholde seks pasienter og seks foreldre, der målet var å lære seg ferdigheter innen mindfulness og emosjonsregulering og relasjonelle ferdigheter og å øve på disse. Telefonkonsultasjon til ungdommene ble kun tilbudt i kontortiden, som var et avvik fra både Linehan og Millers modeller, hvor telefonkonsultasjon ble tilbudt hele døgnet (Linehan, 1993; Miller et al., 2007). Telefonkonsultasjon er en viktig del i DBT, da denne er et bidrag til at pasientene får generalisert ferdighetene de lærer i behandlingen. Våre begrensninger skyldtes hovedsakelig manglende enighet om kompensasjonsordninger med ledelse og fagforeninger. Pasientene skulle gis hjemmelekser og dagbokskort mellom ferdighetstreninger og individualterapi. For å øke ferdighetene og motivasjonen til behandlerne i teamet ble det fastsatt ukentlige konsultasjonsteam og mulighet for terapeutstøtte fra de andre teammedlemmene utenom konsultasjonsteamtiden.

Det å styrke samholdet, kommunikasjonen og motta veiledning kan føre til bedre implementering av DBT (Ditty et al., 2015). Behandlerne i DBT-teamet hadde fokus på og tid til teambuilding, selvstudier, samt teoretisk oppdatering, og fikk frigjort en dag per uke for læring, utvikling av DBT-programmet og veiledning, fra oktober til desember 2014. Vi deltok på workshops, holdt innlegg på interne fagdager og hadde jevnlig møter med klinikkdirektør. Alt arbeid ble dokumentert, og det ble utarbeidet detaljerte planer og rammeverk for å implementere og opprettholde et DBT-program som samsvarte med det klinikken ønsket.

## Begynnende implementering

I januar 2015 ble behandlerne frigjort 40 % fra sine respektive seksjoner i PBU for å implementere og tilby DBT. Teamet startet med ukentlige konsultasjonsteammøter og med rekruttering av aktuelle pasienter til pilotbehandlingen. Fire jenter mellom 14 og 17 år som allerede hadde en etablert behandling i klinikken og som ønsket det, ble rekruttert. De fire aktuelle jentene oppfylte inklusjonskriteriene med tidligere selvmordsforsøk, alvorlig selvskadingsatferd og flere innleggelses siste år, og var blitt tilbudt samtaler flere ganger per uke i BUP, uten ønsket behandlingseffekt.

I første orienteringssamtale ble pasienter og foreldre informert om DBT som et alternativ til standard behandling. De fire pasientene gjennomførte 3–4 orienteringssamtaler. I løpet av disse ga pasientene og foreldrene muntlige forpliktelser til å delta i et 16-ukers behandlingsprogram. Pasientene ble screenet med tanke på trekk fra emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og vi ble enige om behandlingsmål. I midten av februar begynte vi med ukentlige individualsamtaler og

ferdighetstreninger. Ferdighetstreningen ble gitt i en åpen gruppe, som innebar at nye pasienter og deres foreldre kunne komme til underveis i behandlingen, med en åpning hver fjerde uke. Fire av behandlerne i teamet begynte som individualterapeuter, mens de resterende to begynte som ferdighetstrenerne. Behandlerne roterte på å være ferdighetstrenerne hver åttende uke for å sikre kompetanse og for å få erfaring med å lede gruppen. Teamleder hadde orienteringssamtaler med nye pasienter, i tillegg til konsultasjoner med poliklinikkene når det gjaldt potensielle nyhenvisninger til DBT. Avhengig av tilstandsbildet og videre behandlingsbehov ble pasientene enten tilbudt en runde med repetisjon av DBT-programmet eller å bli overført til videre behandling igjen ved henvisende poliklinikk. To av pasientene i pilotbehandlingen valgte å delta i en runde to.

## Fullverdig implementering

Etter piloteringen konkluderte DBT-teamet med at et 16 ukers program var for kort, og utvidet til 20 uker. Det ble også tydelig at teamet trengte å utvide muligheten for telefonkonsultasjon for pasientene, slik at de bedre kunne hjelpe dem med å generalisere ferdigheter. Etter tre år med dialog med ledelsen ble vi enige om telefonkonsultasjon frem til kl. 20 i ukedagene i 2017. En så også et behov for noe tettere foreldreoppfølging og tilbød egen foreldreveiledning cirka hver femte uke. Vi endret også arbeidsfordelingen innad i teamet, slik at alle behandlerne fungerte som både individualterapeut, ferdighetstrener og foreldrekontakt.

For å sikre at DBT-teamet faktisk utførte behandling i henhold til metoden, mottok teamet månedlig veiledning fra NSSF det første året. Vi hadde deretter veiledning fra en erfaren DBT-terapeut i ytterligere to år og deltok på årlige nettverksmøter med de andre teamene i Vestland fylke. Det å kontakte eksisterende DBT-team for råd og erfaringer har vist seg å fremme implementering (Flynn et al., 2020), noe som også er vår erfaring. Det var skjerpene for teamet, og et friskt pust, at tre medlemmer fra andre DBT-team i regionen hospiterte hos oss i et år hver i en treårsperiode. Vi har også hatt psykologistudenter og LIS-lege som har hospitert fem måneder av gangen, og som har gitt oss nyttige perspektiver og innspill.

De første årene jobbet teamet tilnærmet identisk ut fra behandlingsmanualen. For å holde på behandlernes motivasjon deltok teamet i noen grad på konferanser om DBT og selvmordsforebygging. I 2016 ble det opprettet et internt kvalitetsregister for teamets DBT-behandling. Swenson et al. (2002) hevdet at det å registrere behandlingsutfall over tid, for eksempel rater av selvmordsatferd og sykehusinnleggelses, er til hjelp for å håndtere en del utfordringer knyttet til implementering.

## Endringer og utfordringer

### Turnover av behandlere

*... å styrke samholdet, kommunikasjonen og motta veiledning kan føre til bedre implementering av DBT*

Flynn et al. (2020) har sett på utfordringer ved implementering for DBT-team i en implementeringsstudie fra spesialisthelsetjenesten i Irland. De så en forskjell i opprettholdelse av teamene dersom deltakelse i teamet var noe behandlerne selv ønsket, fremfor at de var blitt beordret av ledelsen. Swenson et al. (2002) hevdet at det krever en stor omstilling for en del terapeuter å jobbe med DBT, både med hensyn til terapeutiske antakelser (være en ikke-nøytral terapeut, aktiv holdning,

selvavsløringer), men også når det gjelder redefinering av rolle og det å tilegne seg nye ferdigheter for å bli en DBT-terapeut. I tillegg kan en del terapeuter ha hatt dårlige erfaringer med å jobbe med pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, noe som kan ha ført til pessimisme og utbrenthet. Det å rekruttere og beholde behandlere som jobber med høy-risikopasienter kan være utfordrende, særlig før teamet har utviklet en måte å gi tilstrekkelig støtte til terapeutene på (Swenson et al., 2002).

Flynn et al. (2020) påpekte også at konkurrerende krav i klinikerens arbeid kunne påvirke tiden og fokuset som er nødvendig for å lære seg metoden skikkelig. I vårt team var det særlig de behandlerne som innledningsvis hadde delt stilling mellom BUP og DBT, som kjente seg presset. Flertallet av disse behandlerne sluttet også tidlig i teamet. Til en viss grad ble ikke arbeidsmengden på BUP tilstrekkelig nedjustert i forhold til at team-medlemmet var 40 % i en annen stilling.

Mange DBT-team forvitrer tidlig (Swales et al., 2012), og vårt team mistet fire terapeuter i løpet av de tre første årene. Turnover av teammedlemmer er en av de største risikofaktorene for manglende implementering (King et al., 2018). Selv når teamet er godt bemannet og går bra, kan det å miste et trent og erfarent teammedlem være demoraliserende og gi et tilbakeslag. Høy turnover gjør at rekruttering og opplæring er en kontinuerlig prosess (Swenson et al., 2002). Teamet har fått to suppleringskandidater i 40 % stilling hver, hvorav den ene sluttet i teamet etter ett år.

## Rammebetingelser

Det andre året ble utfordrende for teamet med tanke på lokale, og behandlerne hadde på det meste tre ulike arbeidssteder i løpet av uken. Det var også krevende for teamet å måtte forholde seg til en seksjonsleder per teammedlem. Mangelen på en felles organisatorisk tilknytning gav strukturelle problemer, for eksempel vansker når det gjaldt sekundærhenvisning og journalsystem, usikkerhet rundt hvilken seksjon som skulle få betalt for teamets behandlingssesjoner, og hvem som skulle betale for utgifter knyttet til konferanser og hjelpemidler/pc for det enkelte teammedlem. Teamet trengte en lokalisering og en felles seksjonsleder som frontet teamet inn i ledergruppen. Fremfor å bli en egen seksjon ønsket teamet å bli en del av den ambulante seksjonen som var sentralt lokalisert på Haukeland universitetssjukehus. Dette ble en realitet i slutten av 2015. To av stillingene ble økt til 100 %, inkludert teamleders stilling. De resterende ble delt mellom DBT og et annet team i samme seksjon.

## Samhandling med andre seksjoner

Swenson et al. (2002) påpekte viktigheten av en god ledelsesforankring og ledere som prioriterer DBT. De så at team som ble bedt om å modifisere behandlingsopplegget til nye pasientgrupper før man hadde etablert et solid fullverdig program, hadde mindre sannsynlighet for å bestå. Vårt team har fått forespørsler om å ta pasienter som ikke er en del av de standardiserte pasientgruppene for DBT (lavt evnenivå, språkvansker). Vi har forsøkt, og sett at for noen av disse pasientgruppene fungerte det ikke. Generelt har det i perioder vært utfordrende å få «rette pasienter», pasienter som vil kunne nyttiggjøre seg et DBT-tilbud, og som ønsker det selv. En del pasienter har takket nei av ulike årsaker (skolefravær, ønsket ikke foreldre i ferdighetstreningen, andre ønsket behandlingen mer enn ungdommen selv), noe som har ført til frustrasjon hos henviser. I perioder har vi hatt lite henvisninger. I perioder med mange henvisninger har ventetiden skapt frustrasjon, som igjen har ført til færre henvisninger.

Teamet har i liten grad lykkes med ungdom på barnevernsinstitusjon. Av 13 institusjonsungdommer har kun en fullført, de andre droppet ut i orienteringsfasen eller i løpet av første modul. Vi tror noe av forklaringen kan være at det er vanskelig for disse ungdommene å være i

en ferdighetstrening sammen med personal fra institusjonen heller enn sine foreldre. De ungdommene vi har forsøkt å få med, har videre hatt omfattende vansker, og det har vært vanskelig å holde på behandlingsmotivasjon og villighet til å gjøre endringer, eller de har flyttet ut av regionen. For å lykkes bedre med disse ungdommene tror vi det vil kreve omfattende ressurser og samarbeid med de ulike institusjonene. Det at vi ikke har klart å forplikte disse pasientene, og at de har kommet i retur til poliklinikkene, har også medført frustrasjon, ettersom dette ofte er pasienter som opptar mye behandlingsressurser.

## Hvordan fungerer DBT-teamet i dag?

*Turnover av team-medlemmer er en av de største risiko-faktorene for manglende implementering*

Teamet er i dag i full drift og består av fire medlemmer, der tre er originalmedlemmer. Teamet består totalt av 2,8 % stilling. To psykologspesialister, inkludert teamleder, har 100 % stilling, mens to psykiatriske sykepleiere har hver 40 % stilling. Alle er samlokalisert i en felles seksjon og med en felles leder, noe teamet tidlig fikk forståelsen av var nødvendig fra ledelsen i PBU for at behandlingstilbudet skulle bestå. Teamet har de siste årene hatt en stigende henvisningsrate, med i underkant av 50 henvisninger i 2020. Vi driver tre ferdighetsgrupper med inntil seks ungdommer og seks foreldre i hver. Henvisningsrutiner er godt innarbeidet i de andre seksjonene. Teamet gir veiledning og har undervisningsoppdrag for interne og eksterne instanser. Behandlingen registreres i et internt kvalitetsregister, slik at man kan følge opp om behandlingen har effekt, og eventuelt justere metoden.

## Hva har vært av betydning for at teamet har bestått?

Teamet har hatt en solid ledelsesforankring, både hos direktør og resten av ledergruppen. Vi fikk tid til å lære oss metodikken og forståelse for at det ville ta noe tid før teamet var i full drift med tanke på tilstrekkelig mengde henvisninger og så videre. At teamet tidlig opprettet et internt kvalitetsregister, har bidratt til at vi kunne vise til behandlingseffekt (nedgang i selvskading, selvmordsforsøk, akutte innleggelser), som i tillegg til økt motivasjon for behandlerne også har gjort det lettere å «selge inn» DBT til de andre seksjonene.

Vi tenker det var avgjørende i vårt team å få en felles seksjonsleder. Etter at teamet ble samlokalisert under én leder og i et fast lokale, har det ikke vært turnover i teamet, og det har vært stabilt siden 2017. Det har også vært av betydning at stillingene til de to psykologspesialistene ble økt til 100 %, noe som bidro til kontinuitet og bedre struktur med tanke på hvordan teamet jobbet, samt at disse to mer aktivt kunne jobbe for å fremme DBT i klinikken.

I PBU har vi klart å etablere et DBT-team for ungdom som nå har bestått i åtte år. Teamet har utviklet seg til å inkludere flere pasienter, og DBT-programmet har i dag større vekt på foreldreveiledning. For tiden utvikler vi også en foreldreveiledningsgruppe som henvender seg til foreldre som har ungdom som ikke kvalifiserer seg til DBT.

## Referanser

American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing.

- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zhanarini, M. C., Oldham, J. M. & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Ditty, M. S., Landes, S. J., Doyle, A. & Beidas, R. S. (2015). It Takes a Village: A mixed Method Analysis of Inner Setting Variables and Dialectical Behavior Therapy Implementation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(6), 672–681. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0602-0>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(3). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Flynn, D., Joyce, M., Gillespie, C., Kells, M., Swales, M., Spillane, A., Hurley, J., Hayes, A., Gallagher, E., Arensman, E. & Weihrauch, M. (2020). Evaluating the national multisite implementation of dialectical behaviour therapy in a community setting: a mixed methods approach. *BMC Psychiatry*, 20, 235 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02610-3>
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L. & Alfoadari, K. (2008). A preliminary Community Study of Dialectical behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 148–152. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00470.x>
- King, J. C., Hibbs, R., Saville, C. W. N. & Swales, M. A. (2018). The survivability of dialectical behaviour therapy programmes: a mixed methods analysis of barriers and facilitators to implementation within UK healthcare settings. *BMC Psychiatry*, 18, 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1876-7>
- Kleve, L., Skarstein, L. S. & Elgen, I. (2020). From clinical guidelines to clinical care – Employee involvement makes a positive difference to implementation. *Health Education and Care*, 5, 1–5. <https://doi.org/10.22541/au.159741542.25593058>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. Guildford Press.
- Miller, A. C., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. Guildford Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management (Clinical Guideline CG78)*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2021). *DBT-utdanning*. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/utdanning/dbt/dbt-utdanning/>
- Swales, M. A., Taylor, B. & Hibbs, R. A. B. (2012). Implementing Dialectical Behaviour Therapy: Programme survival in routine healthcare settings. *Journal of Mental Health*, 21(6), 548–555. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.689435>
- Swenson, C. R., Torrey, W. C. & Koerner, K. (2002). Implementing Dialectical Behavior Therapy. *Psychiatric Services*, 53(2), 171–178. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.2.171>
- Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Vestland fylkeskommune. (2021). [IB1] [Statistikk.ivist.no/hf/](http://Statistikk.ivist.no/hf/)