

Savner strategi for behandling av alvorlig selvskading

Omfanget av selvskading er firedoblet siden 2002. Fagmiljøene etterspør en overordnet strategi og retningslinjer for behandling av pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk.

TEKST:

Per Halvorsen

PUBLISERT 2. juni 2020

EMNER

Spesialisthelsetjenesten

selvskading

selvmordsforebygging

Selv mord

«Hvor er den spesifiserte behandlingen for selvskading i Norge? Den hjelpen jeg så sårt trenger?»

Utsagnet kommer fra en 21 år gammel kvinne som har skadet seg selv i ti år, og som har vært inn og ut av helsevesenet flere ganger. I et debattinnlegg i denne utgaven av Psykologtidsskriftet etterlyser hun et mer potent behandlingstilbud for mennesker som skader seg selv med vilje. Kvinnen mener selvskading er så skambelagt at hun ønsker å være anonym. Vi kjenner imidlertid identiteten hennes etter å ha møtt henne for å få henne til å utdype sine synspunkter. Hun mener behandlingstilbudet til folk som selvskader, er for lite og spredt.

«Tilbakemeldinger vi får, tilsier at kompetansen og kvaliteten er ujevnt fordelt.»

Lena Maria Haugerud,
Landsforeningen for forebygging av
selvskading og selvmord (LFSS)

Ujevnt fordelt



Lena Maria Haugerud i Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord: Kvaliteten på behandling av folk som skader seg selv med vilje er ujevnt fordelt. Foto: LFSS

Hun mener det trengs egne avdelinger som jobber med selvskading, på samme måte som det i dag finnes spesialenheter for mennesker med spiseforstyrrelser og rusproblemer.

De vanligste behandlingsmetodene som benyttes i Norge i dag, er dialektisk atferdsterapi (DBT) og mentaliseringsterapi (MBT). Vår kilde mener disse metodene ikke passer for alle.

– Hjelpetjenesten trenger en bredere vifte av tilbud. Behandlingstilbudet er for tett koblet opp mot holdningen om at selvskading er noe som primært utføres av mennesker med personlighetsforstyrrelser, sier hun.

I skrivende stund er hun inne i en god periode. Hun får i dag hjelp av en ergoterapeut ved et DPS i Sør-Norge.

Lena Maria Haugerud i Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS) mener mye av kritikken til vår anonyme kilde er berettiget.

– Spesialisthelsetjenesten skal i utgangspunktet kunne tilby behandling til personer som skader seg selv, uansett hvor i landet man bor. Tilbakemeldinger vi får, tilsier imidlertid at kompetansen og kvaliteten er ujevnt fordelt, sier hun.

Hun mener det norske fagmiljøet trenger flere evidensbaserte behandlingsmetoder for å bidra til at flest mulig får individuelt tilpasset behandling.

«Kommunenes største utfordring vil ofte være at hjelpen ikke er tilgjengelig.»

May Lene Karlsen,
kommunepsykolog i Sandefjord

Sterk økning

Omfanget av selvskading i Norge er firedoblet (fra 4 til 16 prosent) i perioden 2002 til 2018. Det viser en vitenskapelig artikkel publisert i European Journal of Public Health i mars i år. Artikkelen baserer seg på en studie utført ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging (NSSF), og viser forekomst av selvskading blant skoleungdom. Langt fra alle av disse har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, påpeker førsteforfatter av artikkelen, førsteamanuensis Anita Johanna Tørmoen.

Kommunepsykolog May Lene Karlsen i Sandefjord kommune sier mye kan gjøres i førstelinjen uten behov for henvisning videre. Hun mener kommunenes største utfordring ofte vil være at hjelpen ikke er tilgjengelig.

– For eksempel er kontoret til skolehelsetjenesten altfor ofte ubemannet. Det er en utfordring å ha oversikt over hva som finnes av tilbud bare i sin egen kommune. For ikke å snakke om fylkeskommunale, regionale og nasjonale ressurser, skriver hun i en e-post til Psykologtidsskriftet.

For noen blir selvskadingen så alvorlig at de trenger spesialisert hjelp. For disse pasientene mener Tørmoen at behandlingstilbudet er blitt bedre de siste ti årene.

– Helseforetakene har utviklet en rekke spesialiserte polikliniske tilbud. Bevisstheten har økt om at tilpasset behandling kan hjelpe selvskadere med personlighetsforstyrrelse eller alvorlig emosjonell dysregulering, opplyser hun.

LES OGSÅ

Tier ikke

Jeg klarer ikke å slutte å skade meg.

Bør være obligatorisk



For noen blir selvskadingen så alvorlig at de trenger spesialisert hjelp. For disse pasientene mener Tørmoen at behandlingstilbudet er blitt bedre de siste ti årene. Foto: Øystein Horgmo UIO

Hun mener imidlertid at tilgjengeligheten til de spesialiserte tilbudene er for liten. Hun sier det blant annet skyldes stor søknad til de ulike behandlingsprogrammene, og at mange klinikere jobber i små stillinger med problematikken.

«Vi skulle gjerne sett at alle foretakene rekrutterte klinikere og krevde spesialiserte team, uavhengig av behandlingsmetodikk.»

Anita Johanna Tørmoen, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging (NSSF)

– Vi skulle gjerne sett at alle foretakene rekrutterte klinikere og krevde at spesialiserte team, uavhengig av behandlingsmetodikk, var en obligatorisk del av tilbudet til pasienter med vedvarende selvskading, sier Tørmoen.

Selv har hun ansvar for å utdanne klinikere og implementere det norske programmet for dialektisk atferdsterapi (DBT), som siden 2006 har utdannet 400 DBT-terapeuter i 40 spesialiserte team i Norge. DBT baserer seg på kognitiv atferdsterapi integrert med læringsteori og østlig filosofi, og er en utbredt tilnærming i behandling ved selvskading, både nasjonalt og internasjonalt. Det er også den metoden som det ifølge Tørmoen er forsket mest på.

I tillegg til DBT finnes tre andre metoder som også gir dokumentert effekt ved behandling av selvskading og suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: mentaliseringsbasert terapi (MBT), som har sine røtter i psykodynamisk teori, Emotion regulation group therapy (ERGT), en gruppebehandling basert på skjemat terapi og dialektisk atferdsterapi, og skjemafokusert terapi (SFT).

En selvskader er ikke en selvskader



Line Indrevoll Stänicke ved Nic Waal/Lovisenberg sier behandlingen bør tilpasses etter hva selvskadingen er knyttet til i den enkeltes liv. Foto: Nora Skjerdingstad

Line Indrevoll Stänicke, postdoktor ved UiO og psykologspesialist ved Nic Waals Institutt/Lovisenberg sykehus, understreker betydningen av metodemangfold og individuell tilpasning av behandlingen. I sin doktorgrad fra 2019 dokumenterer hun at selvskading uttrykker svært forskjellige ting fra pasient til pasient: Selvskade kan være en måte å få kontroll over vanskelige følelser på, men også en måte for å uttrykke og dele opplevelser som det ikke kan settes ord på.

Stänicke sier at selvskading er et uttrykk for vansker med følelsesregulering, men kan være relatert til utfordringer i ungdomstiden – som å utvikle autonomi, selvaksept og identitet.

«Vi bør møte selvskadere med varierte metoder.»

Line Indrevoll Stänicke, UiO/Nic Waal/Lovisenberg

– En selvskader er ikke en selvskader. Behandlere bør derfor lytte til den enkeltes forståelse av hvilken funksjon selvskadingen har. Behandlingen bør tilpasses etter hva selvskadingen er knyttet til i den enkeltes liv. Både atferdsendring og et fokus på kommunikative og relasjonelle vansker er nødvendig. Det tilsier at vi bør møte selvskadere med varierte metoder, sier hun.

Nic Waal har i flere år hatt et MBT-team, og er i gang med økt systematisering og evaluering av behandlingsprosessene.

Mangler retningslinjer

Ved Sahlgrenska sykehus i Sverige er det opprettet en behandlingsenhet for voksne med alvorlig selvskadingsatferd. Psykolog Odd Berg skriver til Psykologtidsskriftet at behandlingsprogrammet går over tolv uker og baserer seg på DBT. Det inneholder blant annet intensiv individual- og gruppterapi, coaching i DBT-ferdigheter døgnet rundt og tiltak som arbeidsterapi, fysioterapi og medkamentell behandling. Det eneste

diagnostiske inklusjonskriteriet er at selvskadingen er livstruende og vedvarende, og at pasienten ikke tidligere har hatt nytte av behandling.

– Men også hos oss har en stor andel av de pasientene personlighetsforstyrrelse eller PTSD. Mange har også komorbide tilstander, og behandlingen er frivillig, opplyser Berg.

De første pasientene ble innskrevet i august 2019. Et forsknings- og evalueringsprosjekt er under oppstart, og de første resultatene vil foreligge i løpet av neste år.

Berg skriver at enheten ved Sahlgrenska er ett resultat av det såkalte Nationella Självskadeprojektet. Det ble lansert i 2011 og var resultat av en offentlig debatt om bristen i behandlingstilbudet til personer med selvskadingsatferd.

Trenger vi et tilsvarende tilbud i Norge som det de har ved Sahlgrenska? Anita Johanna Tørmoen svarer slik:

– All forskning og erfaring tilsier at det er en poliklinisk tilnærming som bør videreutvikles, ikke tilbud som krever lang innleggelse. Selvsagt vil innleggelser være nødvendig og bra for noen, men det viktigste er å komme tidlig inn med god behandling slik at vi unngår så massiv og sammensatt problematikk at lange eller hyppige innleggelser blir nødvendig. Spesialavdelinger ble forsøkt i Norge på åtti- og nittitallet uten så gode resultater, sier Tørmoen til Psykologtidsskriftet.

Hun mener en av de største utfordringene i Norge er at det ikke finnes en overordnet strategi for å gjøre nyttige behandlingsmetoder tilgjengelig for alle pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk. Hun sier at fagmiljøene på tvers av metodikk står samlet om at det bør utarbeides retningslinjer for behandling av mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, den gruppen som har størst risiko for alvorlig selvskading.

Underdiagnostisering

Tørmoen får støtte av seksjonsoverlege Elfrida Hartveit Kvarstein ved Seksjon for personlighetspsykiatri, OUS.

«Det er stor grad av underdiagnostisering av mennesker med personlighetsforstyrrelser.»

Elfrida Hartveit Kvarstein, Seksjon for personlighetspsykiatri, OUS

– Mitt inntrykk er at det er stor grad av underdiagnostisering av mennesker med personlighetsforstyrrelser. Vi får tilbakemeldinger fra pasienter som tyder på at de blir møtt på svært ulike måter alt etter hvor i landet de bor. Der er lite konsensus om

hvordan disse pasientene skal behandles. Derfor trenger vi nasjonale retningslinjer, sier hun.

Seksjonen hun jobber ved, har implementert et mentaliseringsbasert terapiprogram (MBT). Programmet har sine røtter i psykodynamisk tenkning og er spesialtilpasset personer med personlighetsforstyrrelser. Studier, også i Norge, viser ifølge Kvarstein god effekt og lav frafallsrate sammenliknet for eksempel med tradisjonell psykodynamisk terapi.

Kvarstein mener det å overse personlighetsforstyrrelse kan føre til at pasienten får et mer alvorlig og kronisk forløp, og at gjentatte behandlingsavbrudd er assosiert med mer langvarige problemer.

– Kan vi forebygge dropout, har det stor helseverdi, påpeker hun.

Helsedirektoratet: Ingen planer om faglig retningslinje

Helsedirektoratet har ingen planer om å utvikle en nasjonal faglig retningslinje for behandling av pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk eller med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Det opplyser fungerende avdelingsdirektør Tor Erik Befring i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Han viser til at Helsedirektoratet i 2017 ga ut veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord.

Befring sier også at det i dag fins gode veiledere for behandling av personlighetsforstyrrelser tilgjengelige på Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetsforstyrrelser (NAPP).

- Trenger kompetanseløft i kommunene

Bare hver tredje kommune har lagt en plan for hvordan de skal gjøre veiledende materiell om selvskading og selvmordsforsøk kjent for helsepersonell.

Det fremgår av SINTEF-rapporten Kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid 2019. SINTEF bekrefter dermed langt på vei inntrykket til Lena Maria Haugerud i Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS). Hun mener veiledningsmaterialet ikke er godt nok kjent, og mener det trengs et kompetanseløft i kommunene for å gjøre førstelinjen i stand til fange opp unge som selvskader seg.

- De nasjonale variasjonene i fagkompetanse på dette området tyder på at det er postadressen din som avgjør hva slags tilbud du får, sier Haugerud.

Større kommunalt ansvar

Kommunene har fått stadig større ansvar for å kartlegge og følge opp selvskading. I 2017 ble det lansert en egen kommunal veileder for forebygging av selvskading og selvmord. Ansvaret for opplæringen er tillagt de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og

selvmordsforebygging (RVTS). Psykologspesialist Tone Bovim ved RVTS Øst sier det er viktig å trene på hvordan man skal intervensere overfor personer som skader seg selv med vilje.

- Utover klinisk praksis kan slik trening skje ved mester-svenn-veiledning og simuleringstrening med kollegaer, opplyser hun.

Bovim sier mange kommuner ønsker at spesialisthelsetjenesten skal veilede dem i selvskadingsproblematikk. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunene, men veiledningspotensialet er antageligvis uutnyttet, påpeker hun.

- Det veiledende materialet gir i seg selv ikke tilstrekkelig kompetanse for faglig god oppfølging over tid av mennesker med selvskade og selvmordsrisiko, mener Bovim.

Skambelagt

Kommunepsykolog May Lene Karlsen i Sandefjord mener mangel på tilgjengelighet er en stor utfordring i førstelinjen.

- Selvskading er for mange svært skambelagt, og det kan sitte langt inne å banke på døra for hjelp. Da er det spesielt viktig at hjelpen er tilgjengelig, sier hun.

Hun mener alle kommuner burde hatt egne planer for å forebygge selvskading, og at innsatsen må forankres hos leder i de aktuelle kommunalområdene og integreres i den enkelte tjenestes virksomhets- og kompetanseplaner.

- Planverket bør sørge for at den forebyggende innsatsen henger sammen både vertikalt og horisontalt i hjelpeapparatet. Skoleklasser med høy forekomst av selvskading bør utløse innsats på gruppenivå i klassen og på systemnivå i skolen og samarbeid mellom PPT, skolehelsetjenesten og psykisk helse, sier hun.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 6, 2020, side

TEKST:

Per Halvorsen, journalist