

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2023-06-28

Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Giltig till: 2025-03-31

Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Självskadebeteende hos barn och unga

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2023-00290) giltigt till 2025-03-31.

Utarbetad av Regionalt processteam Personlighetssyndrom EIPS i samarbete med Samordningsråd barn- och ungdomspsykiatri samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Innehåll

Syfte.....	2
Huvudbudskap	2
Vårdnivå och samverkan	2
Bakgrund.....	2
Indikatorer och målvärden.....	3
Förändringar sedan föregående version.....	3
Behandling.....	3
Läkemedel.....	4
Remissrutiner	5
Sjukskrivning.....	5
Klinisk uppföljning.....	5
Innehållsansvarig	6
Referenser	6
Relaterade dokument	6

Syfte

Att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård för barn och ungdomar som är i behov av specialiserad hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen vid avsiktligt självskadebeteende utan suicidsavsikt genom vägledning för diagnostik och behandling.

Huvudbudskap

Självskadebeteende är ett vanligt symtom som förekommer hos ungdomar. Ett bra bemötande, intresse för patienten som person samt tidig upptäckt och behandling ökar möjligheterna till en god prognos.

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://vardochinsats.se) Avsnitt 2.

Vårdnivå och samverkan

Enstaka självskadetillfällen där övrig psykiatrisk problematik inte kräver specialisthandläggning kan med fördel följas inom primärvård. Har barn och ungdomar utvecklat ett självskadebeteende (vanligen mer än fem skadetillfällen) ska man erbjuda remiss till BUP.

För övrigt hänvisas till nedanstående dokument.

Se RMR: [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri](#)

Se även RMR: [Självskadeproblematik i patientgruppen som söker primärvården](#)

Bakgrund

Självskadande handlingar utförs oftast impulsivt och har en känsloreglerande funktion. Handlingarna utvecklas lätt till ett etablerat beteende eftersom de ger en omgående och effektiv spännings- och ångestlindring. Självskadebeteende och andra självdestruktiva beteenden kan fylla samma funktion, existera parallellt eller uppträda växelvis. Självskadande handlingar görs oftast utan suicidavsikt, men ett etablerat självskadebeteende är kopplat till ökad risk för suicid.

Självskadebeteende samexisterar ofta vid olika typer av psykisk ohälsa så som ångestillstånd, depression, PTSD, ätstörning, ADHD, AST, bipolär sjukdom och skadligt bruk/beroende. Riktade frågor om självskadebeteende till ungdomar ska därför ingå i anamnesupptagningen. Fördjupad anamnes kan göras med DSHI-9 (Deliberate Self-Harm Inventory-9 item version, reviderad) och ISAS 1 och 2 (Inventory of statements about self-injury). [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://vardochinsats.se) Avsnitt 5.

Om självskadebeteende föreligger ska någon av dessa ICD-10 användas som bidiagnos:

- Z91.5 Självdestruktivitet i den egna sjukhistorien
- Z91.5A Suicidförsök i den egna sjukhistorien
- Z91.5B Avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt i den egna sjukhistorien
- Z91.5C Avsiktligt självdestruktiv handling med oklar suicidavsikt i den egna sjukhistorien
- Z91.5W Annan självdestruktivitet i den egna sjukhistorien

I DSM-5 ingår självskadebeteende som ett delkriterium i diagnosen Borderline personlighetsyndrom. Mönstret av impulsivitet och emotionell instabilitet i sociala relationer, självbild och affekter kan vara mer eller mindre tydligt under tonåren, men diagnosen bör ställas först när symtom och beteendemönstret är tydligt etablerat, vilket som regel blir efter 18 års ålder.

Om kriterier för Borderline personlighetssyndrom bedöms uppfyllda ska klassifikation göras enligt ICD-10: F60.3 Emotionellt instabil personlighetsstörning.

Indikatorer och målvärden

Uppföljning sker genom att följa ICD-10 bidiagnoser enligt ovan.

Registrering av psykopedagogisk behandling genom KVÅ-kod:

DU023 psykopedagogisk behandling

GB009 Information och undervisning till patient.

Processteamet ansvarar för årlig uppföljning tillsammans med samordningsrådet i barn och ungdomspsykiatri.

Förändringar sedan föregående version

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardo.chinsats.se\)](http://vardo.chinsats.se) Se avsnitt 9 kring uppföljning på verksamhetsnivå, bl a innehållande uppdaterade koder.

Behandling

Allvarlighetsgrad bedöms utifrån:

- typ av självskada
- frekvens
- tidsperiod
- förekomst av andra självdestruktiva handlingar
- påverkan på vardaglig funktionsförmåga

Är syftet med självskadan en önskan om suicid ska riktlinjer för suicid tillämpas: [Suicidalitet hos barn och ungdom - akut bedömning och handläggning](#)

Kartläggning av risk- och skyddsfaktorer:

Risikfaktorer:

- bristande förmåga att hantera negativa känslor
- tendens att tappa verklighetsuppfattningen vid stark stress
- svårigheter att sätta ord på och beskriva känslor
- negativ självbild

Uppväxtfaktorer:

- tidiga erfarenheter som försummelse och/eller övergrepp
- svåra livshändelser
- kroppslig eller psykisk sjukdom.

Skyddsfaktorer:

- strategier för att hantera känslor samt
- socialt stöd

Mer än fem självskadetillfällen indikerar etablerat självskadebeteende sannolikt kopplad till psykisk ohälsa. Bedömning görs i enlighet med nybesöksbedömning inom respektive verksamhet.

För bedömning av emotionell instabilitet kan SCID II användas. Instrumentet bör användas med försiktighet då vissa av kriterierna beskriver beteenden som förekommer hos många tonåringar.

Bemötandet är av stor vikt för ett gott behandlingsresultat. För att en förtroendefull relation ska komma till stånd behöver behandlaren ha ett icke-dömande förhållningssätt och intressera sig för patienten som person. För dessa ungdomar är det extra viktigt med förtroende, kontinuitet och uppföljning. Vid lindrigt självskadebeteendet (endast förekommit vid enstaka tillfällen, väldigt ytliga skador eller är i avtagande) ska psykoedukativa råd och stöd inriktade på att minska självskadebeteendet erbjudas. Det inte är inte alltid till gagn för patienten att man betraktar självskadebeteende som ett symptom på underliggande problem. Därför måste självskadebeteendet ses i ljuset av personens övriga svårigheter och livssituation.

Se [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://vardochinsats.se) avsnitt 6

Grundläggande behandlingsinsats vid självskadebeteende. Se även avsnitt 7 angående kommunikation och delaktighet.

Vid uteblivet behandlingsresultat efter ca 3 månader, alternativt ökande självskadebeteende, rekommenderas bedömning avseende om någon av följande behandling kan vara lämplig:

- DBT (Dialektisk Beteendeterapi), en beteendeterapeutisk behandling som innefattar medveten närvaro (Mindfulness). Behandlingen sträcker sig ca 1-2 år och innefattar individualterapi och färdighetsträning i grupp. Fokus är att öka färdigheter i att hantera känslor, relationer och att hantera kriser.
- MBT (Mentaliseringsbaserad Terapi) En psykodynamisk behandling med inslag av anknytningsteori. Fokus är att öka förmågan att mentalisera: förstå egna och andras inre värld, känslor och tankar. För ungdomar är behandlingen individuell.

Läkemedel

Det finns inget läkemedel som hjälper mot själva det självskadande beteendet. Behandla eventuella komorbida tillstånd, till exempel ångest, med sedvanlig läkemedelsbehandling,

Det finns klinisk erfarenhet av att om patienten har emotionell instabilitet kan man prova lamotrigin för att minska svängningarna i affekter och därigenom sekundärt minska det självskadande beteendet.

Det finns teorier om att självskadande beteende ökar det kroppsegna endomorfinet, dvs en form av självmedicinering mot ångest och smärta. Teoretiskt skulle man då kunna ge naloxen som blockerar opiatreceptorer.

Remissrutiner

Se Regional medicinsk riktlinje: [Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Sjukskrivning

Ställningstagande till behov av försäkringsmedicinsk bedömning och utfärdande av aktuella intyg eller utlåtanden. Hänvisar till Sjukskrivningsriktlinjerna, Socialstyrelsens riktlinjer när det är aktuellt.

Klinisk uppföljning

[Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri](#)

Se [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](#) avsnitt 8 uppföljning på individnivå.

Se RMR: [Övergång från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri eller primärvård](#)
Patientmedverkan och kommunikation.

Se även [RMR Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykisk sjukdom](#)

Personcentrering och Patientkontrakt

Upprätta vårdplan och krisplan i samråd med patienten och vårdnadshavare. Se Regional medicinsk riktlinje [Patientkontrakt inom hälso- och sjukvården](#)

Patientinformation;

[Att skada sig själv - 1177](#)

[Hem - Föreningen SHEDO](#)

Utbildning och stöd

[Hem - Föreningen SHEDO](#) se framför allt självskadechatten.

[Att självskada sig när man mår dåligt - Tjejjouren Väst \(tjejjourenvast.se\)](#)

Innehållsansvarig

Regionalt processteam Personlighetssyndrom EIPS/Självskadebeteende under ledning av samordningsråd med ansvar för regional kunskapsstyrning samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

Referenser

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://vardochinsats.se)

Relaterade dokument

[Välkommen till DBT Sverige](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Granskad av: Lise-Lotte Risö Bergerlind, (lilri), Strateg

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-388

Version: 2.0

Giltig från: 2023-06-28

Giltig till: 2025-03-31