

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2023-08-18

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

Giltig till: 2025-06-30

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

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

Regional medicinsk riktlinje

Självskadeproblematik i patientgruppen som söker primärvården

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2023-00572) giltig till 2025-06-30.

Utarbetad av Regionalt processteam personlighetssyndrom (EIPS) och självskadebeteende med stöd av Kunskapsstöd för psykisk hälsa (KPH).

Syfte

Att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen för personer med avsiktligt självskadebeteende som söker primärvården genom vägledning för bemötande, diagnostik och behandling.

Huvudbudskap

Självskadebeteenden är ett vanligt symtom hos ungdomar men även hos vuxna. Ett bra bemötande, intresse för patienten som person samt tidig upptäckt och behandling ökar möjligheterna till en god prognos. Vården ska vara personcentrerad och i enskild dialog med patienten samt utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling. En stegvis behandlingsmodell utgår från principen om lägsta effektiva interventionsnivå utifrån patientens behov av vård. Detta innebär att patienten kan få vård från både primärvård och specialistpsykiatri samtidigt.

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](https://vardochinsats.se) Se avsnitt 2.

Vårdnivå och samverkan

- [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri.pdf \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/ansvarsfordelning-och-konsultationer-mellan-primarvard-och-barn-och-ungdomspsykiatri.pdf)

- [Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\).pdf \(vgregion.se\)](#)
- 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 5 skadetillfällen) ska man erbjuda remiss till BUP.
- Vuxna, vid försämring eller utebliven förbättring inom 2 - 3 månader eller med upprepat och snabbt ökande självskadebeteende, särskilt i kombination med andra psykiatriska symtom, ska erbjudas remiss till vuxenpsykiatri.
- Vid allvarig aktuell självskada (sårskada, brännskada, trauma mm) eller tecken på upprepat självskada efterfråga pågående behandlingskontakt med psykiatri och om sådan finns be att få informera dem om besöket. Om kontakt saknas erbjud remiss till psykiatrisk specialistenhet.

Bakgrund

Definition

I enlighet med [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](#) innebär självskadebeteende att skada sig själv för att komma bort från smärtsamma känslor. Självskadebeteende är direkt riktade mot den egna personen såsom att skära sig, hoppa från hög höjd eller överdosera läkemedel. Det blir lätt ett vanemässigt beteende. Självskada görs primärt inte i suicidsyfte men etablerat självskadebeteende är kopplat till kraftigt ökad självmordsrisk.

Tillståndets incidens och prevalens

Självskadebeteende är vanligast förekommande hos ungdomar och unga vuxna men kan även debutera i vuxen ålder. Se [Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](#) under rubrik ”om tillståndet” och ”förekomst”.

Indikatorer och målvärden

Uppföljning sker genom att följa ICD-10-bidiagnoserna under rubrik Behandling.

Förändringar sedan föregående version

Ändring av diagnoskoder och aktualisering av utbildningslänkar till patient och vårdpersonal. Avsnitt om läkemedel och personcentrerad vård är tillagt. Aktuell version får bredare utrymme från nationellt vård- och insatsprogram självskadebeteende. Redaktionella ändringar har gjorts.

Utredning

Patienter med självskadeproblematik söker vanligen för andra symtom exempelvis trötthet, oro/ångest, nedstämdhet/depression, sömnstörning mm. Självskadebeteende kan också förekomma vid bl.a. PTSD, ätstörning, neuropsykiatriska tillstånd eller skadligt bruk/beroende. För alla patienter, som söker för dessa symtom, bör riktade frågor om självskadebeteende ingå. Självskadebeteende kan också upptäckas accidentellt då patienten kroppsundersöks eller vid blodprovstagnig. För att självskadeproblematiken ska framkomma krävs att ett förtroendefullt samtal kommer till stånd.

Vid självskadebeteende ska diagnoser grundad på sökorsak användas (se ovan) samt någon av tilläggsdiagnoserna, se avsnitt Diagnos nedan.

Symtom som relateras till självskadebeteende

Självskadebeteendet kan vara direkt eller indirekt. Direkt: Utsätta sig för kroppsskada såsom att: skära, sticka, nypa, bränna, slå eller dunka sig. Indirekt: inte värna om sin person, stört ätbeteende, användning av droger, skadlig användning av alkohol, rökning, destruktivt sexliv. Den vanligaste typen av självskadebeteende är impulsivt och har ofta en känsloreglerande funktion.

Stereotypt självskadebeteende kan förekomma hos personer med viss funktionsnedsättning, t ex utvecklingsstörning, förvärvad hjärnskada, autism eller demenssjukdom. Observera att samma person kan lida av både stereotypt och annat självskadebeteende.

För god prognos vid självskadebeteende är det viktigt att alla instanser inom primärvård (vårdcentraler, UPH, enheter inom Vårdval Rehab och ungdomsmottagningar) uppmärksammar tillståndet och gör en bedömning av allvarlighetsgraden. En god samverkan med elevhälsan underlättar också möjlighet att upptäcka självskadebeteende. Samverkan med samordnad individuell plan (SIP) rekommenderas. Bemötandet ska vara icke-dömande och samtalet föras i form av öppna frågor.

Anamnes

För att göra en relevant bedömning måste självskadehandlingen värderas utifrån riskfaktorer och skyddsfaktorer. Ge en snar återbesökstid för komplettering av anamnesen när det behövs. Exempel på riskfaktorer är sexuellt risktagande, droger, alkohol, skadligt bruk/beroende av läkemedel, avsaknad av positivt socialt nätverk. Skyddande faktorer är exempelvis positivt socialt nätverk, bra problemlösningsförmåga.

Frågeställningar som bör belysas vid en första bedömning:

- När hände det första gången? Hur ofta har det hänt? När hände det senast?
- Självskadebeteende i familjen eller vänskretsen?
- Vad var syftet: Ångestlindring? Spänning (sensation seeking personality)? Gruppträck? Självbestraffning? Självskadebeteende? Rop på hjälp?

- Om självmordssyfte: fördjupa anamnes och överväg att använda skattningsskala för hjälp i den kliniska bedömningen kring självmordsrisk.
- Bedömning av den kroppsliga skadan (rispat sig eller djupa skärsår etc.).
- Andra psykiatriska problem? Exempelvis ångest, känslomässig instabilitet, impulsivitet, relationsproblem, allvarlig identitetskris, nedstämdhet, kognitiv funktionsnedsättning, neuropsykiatrisk problematik, negativ självuppfattning, trauma såsom t.ex. övergrepp, omsorgssvikt.
- Utsatt för eller bevittnat våld i nära relationer?
- Livsstilsfaktorer såsom sömnvanor, datorvanor, spelberoende, matvanor, fysisk aktivitet, alkohol, droger mm.
- Hur ser personens psykosociala situation ut? Familjesituationen, kamrater/vänner och skola eller arbete, mobbing.

Då det framkommer att det finns ett självskadebeteende kan skattningsskalan DSHI 9 användas. Resultatet får ingå som en del i en större klinisk bedömning av självskadeproblematikens svårighetsgrad, funktion och samband med eventuell annan psykisk ohälsa.

Behandling

Behandling på primärvårdsnivå för barn och vuxna.

Bemötandet är mycket viktigt för ett gott behandlingsresultat, vilket innebär att utveckla en förtroendefull relation, att lyssna med ett icke dömande förhållningssätt och att intressera sig för patienten som person. Det är viktigt med förtroende, kontinuitet och uppföljning. Även om en person har ett självskadebeteende så innebär det inte nödvändigtvis en bristande beslutsförmåga hos personen. Samtidigt kan naturligtvis behandling som minskar självskadebeteendet öka personens handlingsfrihet på olika sätt. Vid lindrig självskadeproblematik ges psykoedukativa insatser i första hand: Stödintervention med dialog och riktad information om självskadebeteende

- normalisering av livsstilsfaktorer
- undersök självskadebeteendets funktion för att hitta alternativa strategier
- öka det sociala stödet kring individen exempelvis genom kontakt med närstående, skola och socialtjänst
- orosanmälan då man misstänker att barn och ungdomar far illa

Personcentrerad vård: En stegvis behandlingsmodell utgår från principen om lägsta effektiva interventionsnivå utifrån patientens behov av vård. Vården ska vara personcentrerad och utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling. Detta innebär att patienten kan få vård från både primärvård och specialistpsykiatri samtidigt

Skola/arbete: Att vara kvar i skolan respektive på arbetsplatsen stödjer goda rutiner och en regelbunden livsföring vilket oftast är positiva faktorer för tillfrisknandet. Eventuellt behov av anpassning bör ses över.

För samverkan kring barn och unga med behov av insatser från flera huvudmän finns överenskommelsen [Samverkan barn och ungas hälsa i Västra Götaland - Överenskommelsen är klar - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](#)

[Nationella vård- och insatsprogram/självska debeteende](#)

Behandling på specialistnivå

Någon av följande evidensbaserade behandlingsmetoder med dokumenterat goda resultat kan komma att erbjudas. Eventuell behandling avgörs av specialistvården i samråd och dialog med patienten. Se även RMR [Självska debeteende hos barn och unga.pdf \(vgregion.se\)](#)

- Emotion regulation group therapy (ERGT) är en kortare (16 veckor) tilläggsbehandling i grupp för vuxna.
- Dagvårds- och gruppbaserad dialektisk beteendeterapi (DBT) på 10 veckor.
- DBT (1–2 år) evidensbaserad behandlingsform där patienten går både i individualterapi och färdighetsträningsgrupp.
- Mentaliseringsbaserad terapi (MBT). Behandlingslängden är 1,5–2 år, där patienten går både individuellt och i grupp 1 gång/vecka.
- Individuell psykologisk behandling med fokus på att hantera starka känslor och självska debeteende.

Diagnos

Följs genom antalet patienter inom primärvården med

- diagnos grundad på sökorsak och
- någon av följande tilläggsdiagnoser

Z91.5 Självsdestruktivitet i den egna sjukhistorien

Z91.5A Suicidförsök i den egna sjukhistorien

Z91.5B Avsiktligt självsdestruktiv handling utan suicidavsikt i den egna sjukhistorien

Z91.5C Avsiktligt självsdestruktiv handling med oklar suicidavsikt i den egna sjukhistorien

Z91.5W Annan självsdestruktivitet i den egna sjukhistorien

Läkemedel

Aktuella läkemedelsrekommendationer.

Det finns inget läkemedel som hjälper mot själva det självska dande beteendet. Behandla eventuella komorbida tillstånd med sedvanlig läkemedelsbehandling. Se [Regional medicinsk riktlinje Läkemedel Ångestsjukdomar \(vgregion.se\)](#)

Patientmedverkan och kommunikation

Patientinformation;

[Att skada sig själv - 1177](#)

[Hem - Föreningen SHEDO](#)

[Nationella självskadeprojektet - för bättre vård och bemötande
\(nationellasjlvskadeprojektet.se\)](#)

Utbildning och stöd

Utbildning och information finns i basmodulen i [Utbildningar - Nationella
Sjlvskadeprojektet \(nationellasjlvskadeprojektet.se\)](#) och på Shedos hemsida:
[Grundutbildningar - Föreningen SHEDO](#)

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

För vårdgivare

[Levnadsvanor - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

[Nationella vård- och insatsprogram/sjlvskadebeteende](#)

Uppföljning av denna riktlinje

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten regional vårdanalys för uppföljning och återkopplar till berörda samordningsråd samt till primärvårdsrådet. Uppföljning sker via de indikatorer som finns beskrivna under riktlinjens rubriker:
Indikatorer och målvärden samt Behandling

Innehållsansvarig

Regionalt processteam Personlighetssyndrom EIPS och självskadebeteende samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

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: SSN11800-2140136717-450

Version: 1.0

Giltig från: 2023-08-18

Giltig till: 2025-06-30