

Barn och ungdomar med självskadebeteende

Vad karakteriserar målgruppen

Detta dokument fokuserar på självskadebeteende utan suicidavsikt. Självskadebeteende med suicidavsikt fyller till viss del annan funktion och behöver andra insatser. Självdestruktiva beteenden som att använda sig av sex på ett destruktivt sätt, hetsäta eller utsätta sig för andra risker omfattas inte heller av detta dokument.

Definition av självskadebeteende enligt Nationella vård- och insatsprogram, självskadebeteende (VIP)

Självskadebeteende innebär 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.

Självdestruktiva beteende såsom sexuell exploatering och missbruk, inkluderas inte.

Trots att självskadebeteendet innebär negativa konsekvenser för individen kan det på kort sikt fungera som ett effektivt sätt att få stopp på oönskade och svårhanterliga känslor, tankar och upplevelser. Detta benämns som att självskadebeteende har en "känsloreglerande funktion". Självskada ses ofta som en lösning för att hantera stress och nedstämdhet. Självskadebeteende kan också vara ett sätt för individer som känner sig avdomnade eller tomma på känslor att känna någonting överhuvudtaget, eller för att kommunicera med sin omgivning (be om hjälp, minska krav). En annan vanlig funktion är att straffa sig själv.

Självskadebeteende är inte en egen psykisk sjukdom. Självskadebeteende kan förekomma vid alla former av psykisk sjukdom och störningar, men också hos personer som inte har några andra tecken på psykisk ohälsa eller psykiatrisk problematik. Samsjukligheten med ångest, depression eller ätstörning är hög.

Självskadebeteende förekommer i alla åldrar, men verkar vara vanligast hos ungdomar och unga vuxna. Debutåldern brukar anges till cirka 12-14 år. Enligt VIP förekommer upprepat självskadebeteende utan självmordsavsikt bland 30 % av ungdomarna och 41,6 % har ett enstaka självskadebeteende. I nuläget saknas säker kunskap om vilka av dessa som riskerar att utveckla ett mer allvarligt självskadebeteende, och vilka riskfaktorer som är avgörande.

Det är vanligt att självskadebeteende av både suicidal och icke-suicidal karaktär förekommer hos en och samma individ över tid. Enligt VIP tyder studier på att icke-suicidalt självskadebeteende är starkt kopplat till risk för framtida självmordsförsök.

Vårdnivå och remiss

Lindrigt självskadebeteende

Enstaka eller episodiska självskadande handlingar utan eller med lindrig psykiatrisk problematik. Det kan vara lindrig vävnadsskada, såsom ytliga rispningar, pilla upp nagelband eller sår, gnugga huden så att märken uppstår, eller lindrigt överintag av läkemedel eller andra skadliga ämnen.

Hos yngre barn yttrar sig självskada vanligtvis som huvuddunkning.

Måttligt självskadebeteende

Enstaka eller periodvis självskadande handlingar med måttlig vävnadsskada, såsom att skära sig, bränna sig, intag av riskabla mängder läkemedel eller andra skadliga ämnen. Samtidig psykiatrisk problematik kan förekomma.

Mer omfattande självskadebeteende

Frekventa självskadande handlingar med måttliga till svåra vävnadsskador eller allvarliga överdoser av läkemedel i kombination med psykiatrisk problematik (till exempel personlighetssyndrom, ångest- eller förstämningssyndrom, missbruk, ätstörningar, neuropsykiatri). Skadorna kan vara potentiellt livshotande, såsom djupare muskel- och vävnadsskador, eller skador till följd av läkemedel eller andra skadliga ämnen, och kräver akutsjukvård eller inläggning. Beteendet kan vara oförutsägbart även för erfaren vårdpersonal.

Vid allvarliga barnpsykiatriska tillstånd kan självskadebeteende uppträda i form av grov självförvårdad självskada/självstympling.

Stereotypt självskadebeteende

Hos personer med autism eller utvecklingsstörning förekommer ibland ett stereotypt självskadebeteende, som kan vara mer eller mindre allvarligt. Detta självskadebeteende är ofta självstimulerande eller beror på svårigheter att kommunicera.

Basnivå

Verksamma på basnivå bör kunna känna igen självskadebeteende och ge råd om vart föräldrar, barn och ungdomar ska vända sig eller vid behov remittera.

Verksamheter som erbjuder insatser på basnivå är skola, elevhälsa, ungdomsmottagning och socialtjänst.

Primär nivå

Verksamma på primär nivå ska kunna göra en bedömning om allvarlighetsgrad och överväga om det kan finnas en samtidig psykiatrisk sjuklighet. Vid lindriga till måttliga tillstånd bör insatser kunna erbjudas inom vissa verksamheter på primär nivå. Verksamheter som ingår i primär nivå är barnhälsovård, vårdcentral, barn- och ungdomshälsan och socialtjänst.

Vid självskadebeteende hos barn/ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning och som har kontakt med barn- och ungdomshabiliteringen kan vissa insatser ges inom denna verksamhet.

Vid självskadebeteende hos barn/ungdomar som har med tidigare våldsutsatthet i nära relation kan insatser ges inom Alternativ till våld (ATV).

Specialistnivå

Vid måttliga till mer omfattande tillstånd ska insatser erbjudas på specialistnivå. Specialistnivå är barn- och ungdomspsykiatri. Barn- och ungdomspsykiatri ska kontaktas vid oro eller misstanke om självmordsrisk. Förekomst av självmordsbenägenhet och diagnostik av andra samtidiga psykiatriska tillstånd som till exempel depression, ångeststörningar och neuropsykiatriska tillstånd är en specialistangelägenhet.

För att kunna möta komplicerade tillstånd behövs ofta samarbete mellan olika verksamheter och vårdnivåer, exempelvis socialtjänst.

Om barnet behöver somatisk vård, till exempel vid mer allvarlig vävnadsskada, ska kontakt först tas med somatisk akutsjukvård eller vårdcentral.

Diagnostik och utredning

Bedömning, utredning och diagnostik

Vad som bör göras vid första kontakt, oavsett verksamhet:

- Barn och ungdomar som far illa kan uttrycka sig genom självskada. Vid misstanke om att barnet/ungdomen far illa ska en oroanmälan alltid göras till socialtjänsten.
- Kartlägga och värdera självskadebeteendet - debut, art och grad; det vill säga hur länge har barnet/ungdomen skadat sig, på vilket sätt och hur ofta? I vilka situationer skadar sig barnet/ungdomen och eventuellt utlösande faktorer. Är det ett riskfyllt självskadebeteende som kräver akuta insatser, till exempel somatisk vård och/eller bedömning av självmordsrisk?

Ytterligare bedömning på primär nivå

- Kartlägga och/eller bedöma tecken på psykisk ohälsa och psykiatrisk problematik.
- Kartlägga och bedöma risk-/skyddsfaktorer; det vill säga tilläggsomständigheter som har betydelse för fortsatt handläggning genom inverkan på barnets livssituation, eller som tänkbar förklaring till symptomens uttryckssätt och bakgrund.
- Ta ställning till om och var vidare utredning/bedömning ska ske, och om åtgärd kan ske inom egen verksamhet. Rekommendera insatsnivå för fortsatt handläggning.

Ytterligare bedömning på specialistnivå

- Komplet kartläggning av självskadebeteende, suicidrisk, psykiatrisk samsjuklighet. Ställningstagande till behandling.

Prevention

Hälsofrämjande insatser som i stort kan motverka depression, ångest och andra psykiatriska tillstånd, kan också antas ha en positiv effekt på självskadebeteende. Det kan exempelvis handla om främjande av goda vanor vad gäller sömn, kost och motion liksom strategier att hantera livet och öka självkänslan.

Behandling

Behandling, åtgärd och insats

Lindrigt till måttligt självskadebeteende

Vid lindrigt till måttligt självskadebeteende sker åtgärder och insatser i första hand på barn- och ungdomshälsan (förskoleklass – 17 år) och barnhälsovård (innan förskoleklass). Barn- och ungdomshabilitering vid redan etablerad kontakt. ATV vid tidigare våldsutsatthet i nära relation.

Insatser kan, beroende på ålder, innefatta samtal med barnet/ungdomen och/eller vårdnadshavare i syfte att identifiera stressfaktorer, brist på stöd eller missförhållanden i skola, i kamratrelationer eller i hem/familj. Samverkan mellan olika verksamheter är ofta viktigt. Stödjande/behandlande samtal kan innehålla interventioner riktade mot problem i familj/kamratrelationer, stresshantering, stärkt självkänsla, och lindriga problem med nedstämdhet/ångest. Samtal bör också fokusera på alternativa beteenden till att självskada.

Måttligt till mer omfattande självskadebeteende – specialistnivå

Vid måttligt till mer omfattande självskadebeteende ska åtgärder och insatser erbjudas på barn- och ungdomspsykiatri. Utifrån bedömningen erbjuds olika typer av riktad psykologisk behandling och stöd, både på individ- och familjenivå. I de flesta fall krävs samverkan med andra aktörer och vårdnivåer. Något stöd för läkemedelsbehandling av självskadebeteende finns inte, men i fall av samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd kan det vara aktuellt. Läkemedelsbehandling sköts i så fall alltid på specialistnivå.

Samverkansformer

Samverkan kräver kunskap om och förtroende för varandras verksamheter och vad som kan förväntas utifrån de uppdrag som gäller för respektive verksamhet. Genom samverkan ska barns behov tillgodoses på ett effektivt sätt i närhet till familjens miljö, och med rimlig omfattning i relation till problemens art. Det ska finnas en tydlighet i vad som ska göras och av vem.

I ett tidigt skede är det viktigt att de verksamheter som arbetar med barnet samverkar för att få en helhetsbild av barnets situation. Den verksamhet som upptäcker behov av samverkan har ansvar för att sammankalla till ett samverkansmöte. Planen utgår från barnet/den unges behov av stöd, vård och behandling. Planen upprättas med barnet/den unge och vårdnadshavarnas samtycke och delaktighet. Hälso- och sjukvården, skola, förskola och socialtjänst har en skyldighet att tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP), se

länk under relaterat om den enskilde, kommunen eller hälso-och sjukvården bedömer att samordning behövs för att den enskildes behov ska tillgodoses.

Uppföljning

Uppföljning och utvärdering av behandling, insatser och åtgärder sker inom respektive verksamhet. Vid uppföljning ska fokus vara på barnets beteende och funktion i olika livsmiljöer, miljö- och riskfaktorer av betydelse, samt barnets och vårdnadshavares upplevelser av insatser.

Vid samtidiga samordnade insatser från flera verksamheter inom ramen för Samordnad Individuell Plan (SIP) finns skyldighet att gemensamt följa upp och utvärdera insatser.

Anmälningssplikt

I alla verksamheter bör det finnas rutiner och handlingsplaner för vad som ska göras om det finns misstanke om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa.

”Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till socialtjänsten. Anställda i verksamheten som berör verksamhet som berör barn och unga är skyldiga att anmäla...” (SoL 19:1)

Barnrättsperspektivet

Se dokumentet barnrättsperspektivet.

Kvalitetsindikatorer

Enkäter som efterfrågar kännedom, användande och användbarhet av FAKTA-dokument skickas en gång årligen.

FAKTA-dokumentet revideras vartannat år av FAKTA-gruppen. Nämnda myndigheter och verksamheter i de olika kommunernas kvalitetssäkras enligt gällande lagstiftning och styrdokument.