

Vidensafdækning om svær selvskadende adfærd

Juni 2025

**Sofie Ilsvard, Signe G. Krogh &
Marcus J. Pedersen**



Vidensafdækning om svær selvskadende adfærd.

Metodecentret
Olof Palmes Allé 19
8200 Aarhus N

Sofie Ilsvard, Signe G. Krogh & Marcus J. Pedersen

Udgivet juni 2025

Der kan frit citeres fra udgivelsen. Korrekt angivelse er:

Ilsvard, S., Krogh, G. S. & Pedersen, J. M., 2025. Vidensafdækning om svær selvskadende adfærd. Metodecentret.

Vidensafdækningen er udarbejdet af Metodecentret for VISO i Social- og Boligstyrelsen.

Finansiering: VISO i Social- og Boligstyrelsen.

Indholdsfortegnelse

1	Indledning.....	5
1.1	Læsevejledning	6
2	Sammenfatning af hovedfund og anbefalinger	7
3	Uddybende om anbefalingerne	12
3.1	Litteratur	24
4	Metode & datagrundlag	26
4.1	Delelement 1: Måltrettet litteraturstudie	26
4.2	Delelement 2: Nordisk grå litteratur	29
4.3	Delelement 3: Interviewundersøgelse	31
5	Fund fra måltrettet afdækning af forskningslitteratur	33
5.1	Del I: Viden om målgruppen	33
5.2	Litteratur	41
5.3	Del II: Virkningsfulde (socialfaglige) indsatser	43
5.4	Litteratur	57
6	Fund fra den grå litteratur	59
6.1	Danske erfaringer og praksis	59
6.2	Svenske erfaringer og praksis	75
6.3	Norske erfaringer og praksis	79
6.4	Opsamling på den grå litteratur	81
6.5	Litteratur	83
7	Fund fra interviewundersøgelse blandt fagpersoner	85
7.1	Perspektiver fra medarbejdere på botilbud	85
7.2	Perspektiver fra bostøtter	113
7.3	Perspektiver fra myndighedsrådgivere	117
8	Fund fra interviews med borgere	122
8.1	Borgernes erfaring med botilbud og selvskadende adfærd	122
8.2	Borgernes anbefalinger til arbejdet med svær selvskade på botilbud	123

9	Konklusion & Anbefalinger	126
9.1	<i>Litteratur</i>	129
10	Bilag	132
10.1	<i>Bilag 1</i>	132
10.2	<i>Bilag 2</i>	133
10.3	<i>Bilag 3</i>	134

1 Indledning

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) i Social- og Boligstyrelsens har igangsat et praksisrettet vidensprojekt om svær selvskadende adfærd hos unge og voksne (+18 år). I projektet skal selvskadende adfærd forstås som direkte og fysisk selvskade, som er selvpåført uden et ønske om at dø.¹ Projektet kører i perioden november 2024 til marts 2026. Formålet med projektet er at styrke videns- og kompetenceniveauet hos fagpersoner, der arbejder med unge og voksne i målgruppen, så fagpersonerne i højere grad bliver i stand til at hjælpe de unge/voksne til mere hensigtsmæssig adfærd og bedre trivsel.

Når VISO betoner den selvskadende adfærd som "svær", så betyder det i vidensprojektet, at den selvskadende adfærd er så omfattende, at den giver funktionsnedsættelser på flere livsområder. Målgruppen skader sig selv i en sådan grad, at adfærden kan være livstruende, hvis der ikke handles på det. Målgruppen har samtidig ofte psykiske vanskeligheder, omsorgssvigt og andre sociale belastninger, og bor typisk på botilbud og/eller modtager bostøtte. Der er således tale om en målgruppe med meget komplekse problemstillinger, som kan have gavn af sociale indsatser samt af psykiatrien og somatikken inden for sundhedsloven.²

Baggrunden for projektet er, at VISO oplever flere henvendelser fra kommunerne om unge eller voksne på botilbud eller med bostøtte, der udøver svær selvskadende adfærd. Samtidig er det VISOs iagttagelse, at kommunerne forud for deres henvendelser ofte har iværksat og afprøvet mange forskellige foranstaltninger (fx flere forskellige botilbud, støtte i eget hjem og mange indlæggelser i sundhedssystemet), men uden mærkbar forbedring på den unge eller den voksnes selvskadende adfærd. VISOs specialister fortæller også, at der i praksis dels mangler viden om årsager til og funktioner af selvskadende adfærd, dels konkrete handlemuligheder, som kan være hjælpsomme i mødet med målgruppen.

VISOs ønske er derfor, (1) at det praksisrettede vidensprojekt bidrager med anbefalinger til praksis på botilbud og i bostøtten, og (2) på baggrund deraf udvikler konkrete redskaber eller materialer, som kan understøtte forskellige socialfaglige medarbejderes arbejde med målgruppen ved at bygge ovenpå og styrke deres socialfaglige grundfaglighed.

Denne vidensafdækning sammenfatter hovedfundene fra den første del af det praksisrettede vidensprojekt, som skal oplyse vidensgrundlaget for virksom

¹ Indirekte selvskade, som fx stof- og alkoholmisbrug og spiseforstyrrelser samt selvskade udført i suicidalt øjemed indgår derfor ikke.

² Målgruppen er defineret af VISO i deres opgavebeskrivelse af "Vidensprojekt om alvorlig selvskadende adfærd" (september, 2024)

socialfaglig hjælp til borgere med svær selvskadende adfærd på baggrund af forskningsviden og praksiserfaringer.

Projektet er finansieret af VISO (den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation) i Social- og Boligstyrelsen.

1.1 Læsevejledning

Kapitel 2 sammenfatter vidensafdækningens centrale fund og anbefalinger.

Kapitel 3 uddyber vidensafdækningens anbefalinger, herunder anbefalingernes faglige begrundelser og eksempler på, hvordan de kan udfoldes i praksis.

Kapitel 4 redegør for metoden og fremgangsmåden bag vidensafdækningen.

Kapitel 5 præsenterer forskningslitteraturens bud på, hvad der kendetegner voksne mennesker med alvorlig selvskadende adfærd, og hvilke (social)faglige metoder og tilgange, der kan være egnede i indsatsen til borgere med alvorlig selvskadende adfærd.

Kapitel 6 præsenterer resultater fra den grå litteratur i Danmark, Sverige og Norge.

Kapitel 7 præsenterer indsigter fra forskellige fagpersoners samarbejde med målgruppen. Vi har talt med 13 medarbejdere fra seks forskellige botilbud, fire bostøtter og fire myndighedsrådgivere.

Kapitel 8 er en kort præsentation af tre borgeres erfaringer med at lykkedes med at reducere deres selvskadende adfærd.

Kapitel 9 opsummerer vidensafdækningens væsentligste konklusioner og anbefalinger.

2 Sammenfatning af hovedfund og anbefalinger

Denne vidensafdækning er udarbejdet som en del af et praksisrettet vidensprojekt om svær selvskadende adfærd hos unge og voksne (+18 år). Projektet er initieret af Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) i Social og Boligstyrelsen.

Formålet med vidensafdækningen er at opnå viden om, hvad der kendetegner målgruppen af voksne med svær selvskadende adfærd og undersøge, hvilke socialfaglige indsatser der kan være virkningsfulde i samarbejdet med målgruppen med henblik på at udlede anbefalinger for praksis - særligt for medarbejdere på botilbud og i bostøtten.

Herudover danner vidensafdækningen afsæt for det næste skridt i det praksisrettede vidensprojekt, som handler om at oversætte anbefalingerne til konkrete redskaber eller materialer, som kan anvendes i praksis af medarbejdere på botilbud og i bostøtten.

Vidensafdækning består af et målrettet litteraturstudie af forskningslitteratur, og en afdækning af den nordiske grå litteratur³ på området. Denne del af vidensafdækningen belyser, hvad der kendetegner personer med svær selvskadende adfærd, og identificerer virkningsfulde indsatser, metoder og faglige tilgange, der kan være egnede i den socialfaglige indsats til denne målgruppe.

Herudover har vi gennemført interview med en række fagpersoner (primært fra botilbud og bostøtten, men også myndighedsrådgivere), som arbejder med målgruppen, for bl.a. at få indsigt i de problemstillinger de møder i arbejdet med målgruppen, og deres behov for viden og redskaber som kan kvalificere deres arbejde. Endelig har vi foretaget interviews med borgere i målgruppen, for at belyse deres erfaringer fra mødet med socialfaglige medarbejdere på botilbud, bostøtte og i kommunalt myndighedsregi. Vi belyser bl.a. borgernes oplevelser af fagpersonernes viden om selvskadende adfærd, og hvad borgerne oplever har betydning for at kunne lykkes med at reducere selvskadende adfærd i en socialfaglig kontekst. Samtidig giver vi borgerne mulighed for, som erfaringseksperter, at pege på hjælpsomme veje at gå i den socialfaglige indsats.

I det følgende gennemgår vi vidensafdækningens hovedfund.

Målgruppen af voksne borgere med svær selvskadende adfærd er heterogen og kompleks

Målgruppen af voksne med svær selvskadende adfærd er kendetegnet ved at være en meget blandet gruppe, hvor der ofte ses mange samtidige problematikker og

³ Dvs. ikke-peer reviewed artikler

diagnoser. I litteraturen genfinder vi velkendte pointer om, at selvskadende adfærd er funktionel og anvendes til at mestre det, der er svært. Der opstår derfor ofte et afhængighedsforhold til adfærden, som er vanskelig at slippe. Samtidig betragtes adfærden også ofte som en "gammel ven". Vi finder ingen indikationer på, at selvskadens funktioner er anderledes, når adfærden bliver mere svær. Teoridannelsen bag den selvskadende adfærd synes derfor ikke at afhænge af selvskadens sværhedsgrad. Flere studier peger dog specifikt på, at der er behov for mere viden om målgruppen af mennesker med svær selvskadende adfærd.

Der er behov for mere empirisk funderet viden om, hvordan vi bedst muligt adresserer adfærden og om virkningsfulde komponenter

Litteraturen viser, at der er stor efterspørgsel på mere sikker viden om effektiv behandling af personer med svær selvskadende adfærd. Det gælder også inden for det socialfaglige område. Vi finder stort set ingen studier, der beskæftiger sig med selvskade inden for det socialfaglige område, på trods af at mange borgere i målgruppen bor på botilbud eller modtager bostøtte, og har en hverdag med støtte fra bl.a. socialfaglige medarbejdere.

En virkningsfuld socialfaglig indsats adresserer både fagpersonernes direkte møde med målgruppen, og forudsætter en organisering og ledelse, som prioriterer systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring

Selvskadende adfærd forekommer i forbindelse med mange forskellige diagnoser. Derfor finder vi heller ingen selvskadespecifikke indsatser, men derimod diagnosespecifikke indsatser, hvor selvskadereduktion er i fokus. Her i blandt er dialektisk adfærdsterapi (DAT), som oprindeligt blev udviklet til at behandle personer med borderline. DAT og Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) peges på som lovende indsatser til at reducere selvskadende adfærd. Herudover betegnes flere mindre velbeskrevne indsatser som potentielt lovende. Indsatserne har det til fælles, at de fokuserer på at styrke evnen til at regulere følelser og acceptere sig selv. I litteraturen er det en generel pointe, at det er essentielt at arbejde "bagom" den selvskadende adfærd og forstå, hvad den er en løsning på fremfor at fokusere på adfærden i sig selv. Det er derfor væsentligt at støtte borgeren i at udvikle og anvende alternative mestringsstrategier til selvskaden. Samtidig kan det være relevant at arbejde med skadesreduktion, som gør det mere sikkert og mindre traumatiserende for borgeren at skade sig selv, da nogle borgere i målgruppen er afhængige af og har meget svært ved at slippe adfærden. Dog sår nyere forskning usikkerhed omkring skadesreduktion, og peger særligt på, at erstatningsadfærd (som fx smækken med elastik omkring håndled) er vedligeholdende for selvskadens dynamik. Skadesreduktion kan derfor ikke stå alene.

For at kunne få "adgang" til at arbejde med målgruppen er det desuden væsentligt med en trinvis fremgangsmåde, hvori et tillidsfuldt samarbejde er en nøgle til efterfølgende at kunne arbejde med funktionel adfærdsanalyse, alternative

mestringsstrategier, samt at arbejde med styrke personens selvbillende og tankemønstre.

Litteraturen viser også, at fagpersoner er afhængige af, at de har et "system i ryggen", som kvalificerer deres indsats, opretholder den nødvendige faglighed og kvalitet i indsatsen, samt sikrer, at de følelsesmæssigt kan udholde samarbejdet med målgruppen af borgere med svær selvskadende adfærd. Det forudsætter derfor en organisering og ledelse, som prioriterer systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring. Samtidig peger litteraturen på, at en fælles koordineret og ensartet faglig tilgang til målgruppen er betydningsfuld, og kan være med til at sikre, at medarbejderne, fx oplever en større grad af psykologisk tryghed og et "vi" i arbejdet med målgruppen. Uden en ensartet faglig retning opstår der risiko for splittelse i personalet, ligesom indsatsen til målgruppen risikerer at blive personafhængig og privatpraktiserende, ligesom det er vanskeligt at vide, hvornår man udfører sit arbejde med høj faglig kvalitet.

Det er væsentligt med en grundlæggende forståelse af, at selvskadende adfærd er en løsning på det, der er svært

Både litteraturen og medarbejderne fra botilbud og bostøtten understreger vigtigheden af, at fagpersoner har en grundlæggende forståelse af selvskadende adfærd som funktionel. Adfærden er altså borgerens løsning på dét, der er svært. Samtidig fortæller medarbejderne at relationsarbejde, samt en vedvarende faglig nysgerrig og ikke-dømmende tilgang er en nøgle til at kunne støtte borgeren i (bedre) at forstå, og på sigt kunne sætte alternative mestringsstrategier i stedet.

En ensartet faglig retning for det socialfaglige arbejde understøtter en mere virkningsfuld indsats

Medarbejderne på botilbuddene fremhæver vigtigheden af en ensartet faglig retning for, hvordan målgruppen tilgås. Samtidig med blik for, at alle borgere er forskellige, hvorfor der er behov for individuelle tilpasninger til den enkelte borger. En ensartet faglig retning giver anvisninger til, hvilke faglige tilgange, metoder og redskaber, der er anvendelige i arbejdet med målgruppen i det forebyggende arbejde samt under og efter en selvskadeepisode. Medarbejderne fra de forskellige botilbud peger på forskellige metoder, som kan være hjælpsomme i arbejdet med målgruppen. Medarbejderne understreger desuden, at det ikke nødvendigvis er metoden i sig selv, men nærmere dét at arbejde systematisk og være enige i, hvilke faglige greb der er anvendelige, der opleves virkningsfuldt.

Medarbejdere der arbejder med målgruppen, bliver følelsesmæssigt påvirkede. Derfor skal denne dimension af arbejdet også have vedvarende opmærksomhed

I litteraturen og blandt de interviewede medarbejdere ses der bred enighed om, at følelsesmæssig belastning er et grundvilkår i arbejdet med målgruppen, men også at det kan og skal håndteres gennem faglig supervision og sparring. Det stiller krav til

ledelsen på botilbud og i bostøtten, om at sikre at der er fokus på de organisatoriske rammer for udførelsen af arbejdet, herunder at prioritere systematiske og jævnlige faglige refleksioner, sparring og faglig supervision.

Der er ofte mange fagpersoner inde over borgerens indsats. Det stiller skærpede krav til, at indsatsen er sammenhængende

Målgruppen af mennesker med svær selvskadende adfærd er ofte i kontakt med mange forskellige fagpersoner på tværs af socialområdet, den regionale psykiatri og somatikken. Derfor er det væsentligt at fokusere på at skabe en organisatorisk omstilling til et tættere tværsektorielt samarbejde med de øvrige samarbejdspartnere omkring borgerne, som kan være med til at sikre, at borgeren oplever en sammenhængende indsats og behandling på tværs af fx botilbud, psykiatri og øvrige samarbejdspartnere. Litteraturen peger derfor på, at det kan være virkningsfuldt, at der udpeges én gennemgående kontaktperson, som holder tråd i borgerens forløb på tværs af sektorer og involverede parter.

Vidensafdækningen har givet anledning til følgende anbefalinger:

Anbefalinger:

1. Tag udgangspunkt i at den selvskadende adfærd har en funktion for borgeren, så den sociale indsats i højere grad kan fokusere på adfærdens funktioner fremfor på adfærden i sig selv.
2. Mød borgeren med ro, nysgerrighed og en ikke-dømmende tilgang. Det øger sandsynligheden for at kunne etablere en tillidsfuld samarbejdsrelation til borgeren. Det er det første skridt til at kunne støtte borgeren i at forstå adfærden, og på sigt sætte noget andet i stedet for den selvskadende adfærd.
3. Støt borgeren i at udvikle og anvende alternative mestringsstrategier til den selvskadende adfærd, som borgeren kan trække på, når han eller hun får trang til selvskade.
4. Etabler en fælles faglig retning for håndtering af selvskadende adfærd på botilbud og i bostøtten, så medarbejderne arbejder ud fra en ensartet praksis i mødet med borgeren.
5. Sørg for som ledelse at sikre systematisk og jævnlig faglig refleksion, sparring og supervision. Det styrker den faglige kvalitet i indsatsen, understøtter den refleksive kapacitet i et følelsesmæssigt højrisikoarbejde, og giver medarbejderne mulighed for at få øje på og håndtere, når de er følelsesmæssigt påvirkede af samarbejdet med målgruppen.
6. Styrk det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde gennem tydelig koordinering og en gennemgående kontaktperson.

3 Uddybende om anbefalingerne

I det følgende kapitel gennemgår vi anbefalingerne enkeltvist. På baggrund af fundene af den samlede vidensafdækning udfolder vi, hvorfor anbefalingerne er centrale, fx i form af værdier, fagetik, vidensgrundlag samt de forventede virkninger og resultater. Vi beskriver også, *hvordan* omsætningen af anbefalingen kan se ud med konkrete praksisbeskrivelser, ligesom vi giver eksempler på *hjælperedskaber* til efterlevelse af den beskrevne praksis (baseret på fundene fra vidensafdækningen).

Anbefalingerne afspejler fundene i vidensafdækningen, som viser, at det er væsentligt at styrke den socialfaglige indsats i to spor, som handler om:

- Medarbejdernes direkte møde med borgeren.
- Organisatoriske og ledelsesmæssige forhold.

Anbefaling 1 til 3 adresserer forhold, som har betydning for kvaliteten af det direkte møde mellem medarbejdere i botilbud eller bostøtten og borgere med svær selvskadende adfærd.

Anbefaling 4 og 5 adresserer interne ledelsesmæssige og organisatoriske forhold "bag" medarbejdernes møde med målgruppen (fx på et botilbud eller i bostøtten). Disse anbefalinger er mindst lige så væsentlige at give opmærksomhed, fordi medarbejdernes socialfaglige arbejde med målgruppen ikke blot foregår i mødet med borgeren, men bliver kvalificeret og understøttet af de organisatoriske og faglige rammer rundt om mødet med borgeren.

Den 6. anbefaling handler om vigtigheden af at skabe et tæt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde på flere niveauer med de øvrige samarbejdspartnere omkring borgeren. Denne anbefaling er i sagens natur nemmere sagt end gjort, da der formentlig findes forskellige logikker og paradigmer på tværs af forskellige sektorer og faggrupper, men ikke desto mindre er anbefalingen stadig relevant.

Den opmærksomme læser vil bemærke, at anbefalingerne indeholder mere udfoldede beskrivelser under den "faglige begrundelse" relativt til afsnittene "praksisbeskrivelser" og "hjælperedskaber". Det er med til at understrege relevansen af projektet, som har til formål at udvikle mere praksisnære redskaber og materialer på baggrund af denne vidensafdækning.

Anbefalingerne er kvalificeret af projektets specialistgruppe bestående af VISO-leverandører.

1: Tag udgangspunkt i at den selvskadende adfærd har en funktion for borgeren, så den sociale indsats i højere grad kan fokusere på adfærdens funktioner fremfor på adfærden i sig selv

Faglig begrundelse:

Anbefalingen tager udgangspunkt i den teoretiske forståelse af selvskade som en funktionel adfærd, som borgeren anvender til at håndtere det, der er svært (se fx Psykiatrien Region Sjælland, 2025d). Tidligere har der været myter og fordomme om, at selvskadende adfærd skulle tolkes som et forsøg på at få opmærksomhed. I dag ved vi, at adfærden ofte er et forsøg på at lindre og mestre svære og negative følelser (se fx Klonsky et al., 2014: 567). Det bagvedliggende, som borgeren søger at mestre med selvskaden, kan dog være meget forskelligt. For den enkelte borger kan selvskaden tjene flere funktioner samtidig, ligesom funktionen kan være forskellig fra selvskadeepisode til selvskadeepisode. Derfor kan selvskadens funktioner ikke afdækkes én gang for alle – heller ikke for den enkelte borger. Derfor er det vigtigt, at medarbejderne er i stand til at fastholde deres faglige nysgerrighed og vedvarende afdække, hvilke funktioner adfærden tjener for den enkelte borger.

En forståelse af, at selvskade er funktionel adfærd, er derfor en forudsætning for arbejdet med målgruppen, og fordrer, at medarbejderne støtter borgeren i at håndtere de bagvedliggende årsager til adfærden (Se fx Muehlenkamp, 2006: 178). Når medarbejderne i samarbejde med borgeren får indsigt i de bagvedliggende årsager til adfærden, kan det være med til at sikre en mere virkningsfuld støtte til borgeren.

Praksisbeskrivelse:

At medarbejderne har viden om selvskadende adfærd, og forståelse for at adfærden er funktionel, kræver:

Praksis hos ledelse:

- At ledelsen prioriterer, at medarbejderne bliver opkvalificeret i grundlæggende viden om selvskadende adfærd, og løbende opkvalificeres, så medarbejderne har en fælles forståelse for, at selvskadende adfærd udfylder en funktion for borgeren.
- At ledelsen prioriterer, at medarbejderne opkvalificeres i metoder eller faglige tilgange, som er anvendelige til at arbejde bag om den selvskadende adfærd og støtte borgerne i det, der er svært.

Praksis hos medarbejdere:

- At personalet arbejder med metoder, elementer eller principper fra metoder, der sætter fokus på de bagvedliggende årsager til selvskaden, og adresserer

de svære følelser, som ligger bag adfærden frem for selve adfærden. Fx elementer fra dialektisk adfærdsterapi (DAT) eller Emotion Regulation Group Therapy (ERGT), herunder kognitiv omstrukturering, selv accept og validering samt opøvelse i følelsesregulering. Disse indholdselementer fra DAT og ERGT kan være med til at styrke borgeren i at regulere de svære følelser, der ofte ligger bag, og fører til selvskadende adfærd. Ved at styrke borgerens evne til at regulere sine svære følelser er der således mulighed for, at trangen til selvskade bliver reduceret.

- At personalet har en fast praksis om at afdække borgerens bagvedliggende udfordringer gennem en nysgerrig og undersøgende tilgang.
- At personalet har fast praksis om at afdække, hvilke funktioner selvskaden har for borgeren, og hvordan man kan arbejde med at fremme alternative mestringsstrategier.
- At personalet inviterer borgeren ind i denne afdækning og i opgaveløsningen, og sikrer, at borgeren også reflekterer over sin egen adfærd.

Hjælperedskaber:

- Grundlæggende viden om selvskade som funktionel adfærd.
- Systematisk opkvalificering af medarbejdere i viden om selvskadende adfærd ved ansættelse og fokus på løbende opkvalificering.
- Systematisk opkvalificering i metoder eller faglige tilgange, der kan styrke praksis ift. at arbejde med de bagvedliggende årsager til selvskade (fx DAT, ERGT, mentaliseringsbaseret tilgang eller lignende).

2: Mød borgeren med ro, nysgerrighed og en ikke-dømmende tilgang. Det øger sandsynligheden for at kunne etablere en tillidsfuld samarbejdsrelation til borgeren. Det er det første skridt til at kunne støtte borgeren i at forstå adfærden og på sigt sætte noget andet i stedet for den selvskadende adfærd

Faglig begrundelse:

Når borgeren oplever at blive mødt med en rolig, nysgerrig og ikke-dømmende tilgang, bliver det nemmere for borgeren at åbne op og dele svære tanker og følelser. Etablering af en tillidsfuld samarbejdsrelation bør derfor betragtes som det første væsentlige skridt til at kunne støtte borgeren til selv at kunne forstå adfærden, og på sigt blive i stand til at sætte noget andet i stedet for den selvskadende adfærd.

At medarbejderne er rolige, nysgerrige og ikke-dømmende, kan betyde, at borgeren i højere grad føler sig valideret i sine svære følelser, og i mindre grad efterlades med følelser af skam eller skyld ifm. adfærden. Derfor kan en tillidsfuld samarbejdsrelation i sig selv også medvirke til at reducere adfærden, fordi borgeren i højere grad føler sig set, hørt og forstået.

Praksisbeskrivelse:

Et godt møde og samarbejde med borgeren indebærer:

- Vær oprigtigt og vedvarende fagligt nysgerrig på borgerens baggrund, liv og hvilken funktion adfærden udfylder for borgeren. Hav samtidig respektfuld opmærksomhed på, hvor meget borgeren ønsker at dele.
- Fokuser på mennesket og ikke alene adfærden eller diagnosen.
- Stil åbne spørgsmål og giv tid til at lytte til borgerens individuelle ståsted, eventuelt omkring et fælles tredje (såsom gåture, sociale aktiviteter e.l.), hvis det er meningsfuldt for borgeren.
- Tal med borgeren på en empatisk, respektfuld og omsorgsfuld måde, fx gennem validering af deres følelser og med respekt for, at selvskaden udfylder en funktion for dem, og at adfærden er svær for dem at undvære.
- Sikr balance mellem over- og underinvolvering i borgerens situation, da begge dele potentielt kan være vedligeholdende for borgerens selvskadende adfærd.

Hjælperedskaber:

Faglige tilgange og samtaleteknikker:

- Samtaleteknikker som åbner op for borgerens perspektiver:
 - Vær, fx opmærksom på at åbne spørgsmål og hv-formuleringer kan være befordrende for en mere undersøgende samtale med borgeren, fx: "hvilken følelse giver det dig, når du skader dig selv?"
 - Metoden det "Motiverende interview" kan bruges til at styrke borgerens indre motivation for forandring (Møller, 2023).
- Arbejd med udgangspunkt i en empowerment- og recovery-orienteret tilgang til borgeren, som understøtter borgerens muligheder for at komme sig og leve et så selvstændigt liv som muligt.
 - En recovery-orienteret tilgang kan fx understøttes af "Tidevandsmodellen", som omfatter 10 værdimæssige forpligtelser, som skal være med til at sikre borgeren den bedst mulige hjælp, så borgeren igen kan orientere sig mod sine mål og drømme for livet.
 - Se evt. også Socialstyrelsens principper for recovery-orienteret rehabilitering (Socialstyrelsen, 2023).
- En mentaliserende tilgang (dvs. at man evner at kunne forstå egne og andres mentale tilstande, og evner at kunne reflektere over, hvilke tanker, følelser mv. der ligger til grund for adfærden).
- En anerkendende og ressourcefokuseret tilgang til borgeren (fx KRAP-pædagogik).
- Støt borgeren i at arbejde med følelsesregulering, udholde svære kriser, arbejde med relations- og opmærksomhedsfærdigheder (fx vha. DAT).

- Støt borgeren i at lære sig selv og sine mestringsstrategier bedre at kende (fx vha. LA2 og konkret udarbejdelse af trivsels-, trygheds- og læringsplaner).

OBS: Vær opmærksom på at faglige tilgange, samtaleteknikker, metoder mm. sættes i spil med udgangspunkt i en baggrundsteori; dvs. en faglig rygrad som redskaberne anvendes ud fra, og er i overensstemmelse med. Ellers er der risiko for, at indsatsen bliver fragmenteret og alene fokuserer på adfærden.

#3: Støt borgerne i at udvikle og anvende alternative mestringsstrategier til den selvskadende adfærd, som borgeren kan trække på, når han eller hun får trang til selvskade

Faglig begrundelse:

Alternativ mestring er helt centralt for at kunne støtte borgeren i at reducere deres selvskadende adfærd. Arbejdet med at støtte borgeren i at finde alternative mestringsstrategier foregår i såkaldt fredstid og i samarbejde med borgeren.

Selvskadende adfærd er udtryk for, at borgeren forsøger at mestre og regulere det, der er svært, hvorfor adfærden ofte er borgerens bedst tilgængelige mestringsstrategi. Borgeren er ofte afhængig af adfærden både fysiologisk, grundet de endorfiner der udledes i forbindelse med selvskade, og psykisk, fordi adfærden er blevet en vane, og kan opleves som en "gammel ven", der er vanskelig at forlade.

Det er væsentligt, at medarbejderne støtter borgene i at sætte noget andet i stedet for den selvskadende adfærd. Borgerens svære situation forsvinder nemlig ikke blot af at stoppe adfærden. Hvis borgeren stopper selvskaden uden at have alternative strategier til rådighed, kan det i værste fald medføre øget selvskade (Morris et al, 2015: 125).

De alternative mestringsstrategier skal hjælpe borgerne til at reducere deres selvskadende adfærd, og kan samtidig medvirke til, at borgeren får en større forståelse og accept af sig selv og sine følelser. Derfor bør der også være en opmærksomhed på, at mestringsstrategier, som fokuserer på det bagvedliggende, og har et problemløsende element, forventes at være mere virkningsfulde relativt til undgåelsesstrategier og (negativ) erstatningsadfærd (smække med elastik om håndled, isbad e.l.) (Turner et al., 2019: 1343; Andover et al., 2015: 643).

Praksisbeskrivelse:

At arbejde med alternative mestringsstrategier indebærer:

- At medarbejderne sammen med borgeren er undersøgende på, *hvornår* borgeren har brug for en strategi til at undgå selvskade. Dvs. en 'kortlægning' af, hvilke situationer der udløser adfærden.

- At afdække, *hvilke* strategier som kan være virksomme for den enkelte borger. Borgeren kan med fordel involveres i afdæknings- og analysearbejdet af virkningsfulde mestringsstrategier, så borgeren selv får større indsigt i adfærdens baggrund mv. Afdækningen kan også beskrive, hvordan borgeren oplever, at den socialfaglige medarbejder bedst kan støtte ham eller hende ifm. en selvskadeepisode.
- At have fokus på at udvikle en kommunikation, hvor borgeren fortæller personalet, når de får trang til selvskade, så personalet kan støtte borgeren i at "sætte en alternativ mestring i gang", inden borgeren selvskader
- At støtte borgeren i disse alternative mestringsstrategier, fx hjælpe borgeren med at udholde og udsætte adfærden gennem samtaler eller sociale aktiviteter, fx gåtur e.l.
- Forståelse for og accept af, at borgeren fra tid til anden vil vende tilbage til adfærden som en "gammel ven", hvorfor et totalt ophør ikke nødvendigvis er et realistisk mål.
- Det kan være væsentligt at arbejde med skadesreduktion i supplement til arbejdet med at etablere alternative mestringsstrategier. Skadesreduktion indebærer, at medarbejderne støtter borgeren i, hvordan den selvskadende adfærd kan blive mindre farlig og mindre traumatiserende for borgeren. Dog bør der være en opmærksomhed på, at replikationsstrategier kun bør anvendes i korte perioder, ligesom de bør suppleres af problemfokuserede mestringsstrategier (Andover et al., 2015: 641, 643).

Hjælperedskaber:

- Udarbejde sanseprofiler (som kan give retning til konkrete alternative mestringsstrategier).
- Kædeanalyse, hvor medarbejder og borger sammen ser på triggere, tanker, følelser, impulser og kropsfornemmelser mv. og prøver at forstå, hvad der ledte til adfærden. Dette med henblik på, hvad borgeren kan gøre i stedet, når vedkommende oplever trang til selvskade.
- Action cards med beskrivelser af, hvad borgeren kan gøre i stedet for at skade sig selv.
- Videoer, som borgeren optager til sig selv, med anvisninger om, hvad borgeren skal gøre for at modstå selvskadetrang.
- Krisepplaner med beskrivelser af, hvilke opmærksomhedspunkter borgeren skal have ift. til sig selv, og hvordan borgeren med fordel kan reagere for at undgå selvskade.
- Fokus på problemfokuseret mestring (som adresserer bagvedliggende forhold og følelser) og ikke blot undgåelse af selvskade.
- Særligt på botilbud og i bostøtten: medarbejderne kan lave aftaler med borgeren om, fx at udholde det næste kvarter uden at skade sig selv e.l.

- Sociale aktiviteter ud fra interesser (overvej dog risiko for social smitte/"inspiration" til selvskadende adfærd på botilbud).
- Skadesreduktion samt empowerment- og recovery-forståelse i en selvskadekontekst. Borgeren oplæres i sårpleje og har fx selv forbindelseskasse med plastre mv. tilgængelig.

#4: Etabler en fælles faglig retning for håndtering af selvskadende adfærd på botilbud og i bostøtten, så medarbejderne arbejder ud fra en ensartet praksis i mødet med borgeren

Faglig begrundelse:

Det er væsentligt, at der på botilbud og i bostøtten bliver etableret en fælles faglig retning for, hvordan medarbejderne går til det socialfaglige arbejde med målgruppen af voksne med svær selvskadende adfærd.

Anbefalingen beror på forskningslitteraturen og viden fra den socialfaglige praksis, der begge peger på, at medarbejdere kan føle sig splittede, utilstrækkelige eller utrygge, når der hersker forskellige opfattelser af, hvordan man bedst støtter målgruppen (fx Rovik, 2007, se også afsnit 7.1).

En ensartet faglig tilgang til målgruppen indebærer hverken, at det socialfaglige arbejde kan sættes på manual, eller at alle borgere profiterer af de præcis samme metodiske eller socialfaglige tilgange. Derimod handler etableringen af en fælles faglig retning om at sikre, at medarbejderne arbejder ud fra den samme forståelse af selvskadende adfærd (som funktionel adfærd og borgerens bedste mestringsstrategi på nuværende tidspunkt). Ligesom der er givet retning om, hvilke metodiske greb og socialfaglige tilgange medarbejderne med fordel kan anvende i arbejdet med målgruppen.

Formålet med at skabe en fælles faglig retning på tværs af disse dimensioner er, at medarbejderne i højere grad håndterer selvskadeepisoder og andre akutte situationer på samme måde. En sådan faglig ensretning vil kunne bidrage til, at borgeren oplever en mere sammenhængende indsats, fordi den socialfaglige indsats netop bliver relativt mere ensartet. Det gør samtidig den socialfaglige indsats mindre personafhængig, hvorfor borgeren, fx vil møde den samme tilgang uafhængigt af, hvilke medarbejdere der er på arbejde. Samtidig kan etableringen af en fælles faglig retning for arbejdet med målgruppen også være med til at understøtte en højere grad af psykologisk tryghed blandt medarbejderne. Det skyldes, at en fælles faglig retning giver medarbejderne en fælles forståelse for, hvordan de støtter borgeren mest hensigtsmæssigt. På den måde er etableringen af en fælles faglig retning også med til at tage hånd om medarbejdernes tvivl og usikkerhed, ligesom det kan være med til at øge den enkelte medarbejders tryghed ved, at vedkommende udfører sit arbejde med tilstrækkelig høj faglig kvalitet.

Praksisbeskrivelse:

Etablering af en fælles faglig retning for det socialfaglige arbejde med målgruppen indebærer:

- Ledelsesmæssig prioritering af en fælles faglig retning og italesættelse af, hvorfor det er centralt at arbejde med at ensarte tilgangen. Det indebærer også prioriteringen af, at medarbejdergruppen har en bred teoretisk og metodisk baggrundsviden, der kan trækkes på i vurderingen af, hvilke metoder og faglige tilgange, der er mest hensigtsmæssige i hvilke situationer og hos hvilke borgere.
- At medarbejderne opkvalificeres i viden om målgruppen, og har forskellige metoder og socialfaglige tilgange til rådighed, som de kan bruge i (sam)arbejdet med målgruppen. Det kan være virkningsfuldt i sig selv at have forskellige metodiske og faglige greb til rådighed, så indsatsen til borgeren kan tilpasses og målrettes ud fra det mest relevante vidensgrundlag. Det er med til at understrege vigtigheden af først at se mennesket frem for metoden, selvska-den eller diagnosen.
- Udarbejdelse af nedskrevne procedurebeskrivelser til håndtering af risiko og akutte situationer, hvor borgeren er svært selvska-dende. Der skal være udarbejdet planer til både borgeren selv og til medarbejdere. Procedurebeskrivelserne skal indeholde beskrivelser af konkrete handlinger, der kan aflede borgerens trang til at skade sig selv. Procedurebeskrivelserne kan også beskrive, hvilke medarbejdere der gør hvad, hvornår, og hvordan medarbejderne, fx skal arbejde sammen i akutte situationer, samt hvornår der, fx skal tilkaldes politi eller ambulance.
- Udarbejdelsen af procedurebeskrivelser er i sig selv med til at skabe refleksion og mentalisering over egen praksis, hvilket kan være brugbart i arbejdet med at håndtere akutte situationer, fordi medarbejderne får indblik i, hvordan og hvornår de selv reagerer hensigtsmæssigt såvel som uhensigtsmæssigt.
- Skabe rum for drøftelser i medarbejdergruppen om, hvilke situationer og typer af adfærd som medarbejderne oplever som særligt grænseoverskridende og svære at arbejde med. Formålet er at sikre fælles retning i, hvordan medarbejderne skal agere i forskellige situationer – særligt når målgruppens adfærd udfordrer medarbejderne. Det er vigtigt, at der bliver skabt en kultur, hvor det er legitimt og fagligt stærkt at lufte sine bekymringer eller udfordringer – faglige såvel som emotionelle - i arbejdet med målgruppen. På den måde kan disse drøftelser være med til skabe en fælles retning for, hvordan svære situationer tilgås, så medarbejdergruppen og de enkelte medarbejdere ikke brænder ud over tid, og samtidig understøtter medarbejdernes oplevelse af, at det er en faglig styrke at vende udfordringer i arbejdet med målgruppen.

Hjælperedskaber:

- Procedurebeskrivelser til håndtering af risikoadfærd og akutte situationer både før, under og efter en selvskadeepisode.
- Handleanvisninger for faglig praksis og adfærd, som kan være retningsanvisende i samarbejdet med målgruppen

#5: Sørg for som ledelse at sikre systematisk og jævnlig faglig refleksion, sparring og supervision. Det styrker den faglige kvalitet i indsatsen, understøtter den refleksive kapacitet i et følelsesmæssigt højrisikoarbejde, og giver medarbejderne mulighed for at få øje på og håndtere, når de er følelsesmæssigt påvirkede af samarbejdet med målgruppen

Faglig begrundelse:

Målgruppen af borgere med svær selvskadende adfærd beskrives som en af de mest følelsesmæssigt udfordrende målgrupper at arbejde med (se fx Møhl & Rubæk, 2016). Ifølge medarbejdere fra botilbud og bostøtten er den følelsesmæssige påvirkning et vilkår i arbejdet med målgruppen. Det betyder, at det kan være svært og dilemmafyldt at arbejde med målgruppen, ligesom det kan betyde en utilsigtet suboptimal støtte til målgruppen (fx forråelse og stigmatisering). Derfor bør ledelsen prioritere systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring, som tager hånd om denne dimension af arbejdet.

Systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring kan medvirke til, at medarbejderne får mulighed for at ventilere og reflektere i rammesatte fora, og samtidig opleve at blive spejlet i, at det er følelsesmæssigt udfordrende at arbejde med målgruppen. Medarbejderne lærer derfor deres egne og deres kollegers reaktionsmønstre bedre at kende, hvilket kan modvirke forråelse og over- eller underinvolvering. Det kan også betyde, at medarbejderne får lettere ved at rumme borgerens adfærd og vanskeligheder, og bedre kan forvalte det emotionelle pres, som er uundgåeligt i arbejdet med målgruppen.

Et organisatorisk fokus på medarbejdernes følelsepåvirkning bevirker også, at medarbejderne aldrig er ladet alene om at håndtere svære selvskadeepisoder. Bearbejdningen af følelser gøres til et fællesanliggende for det samlede medarbejderteam og noget som tages alvorligt af ledelsen. Det bidrager til en højere grad psykologisk tryghed i arbejdet og et større kollegialt sammenhold og tryghed ved sine kolleger og i det samlede team

Systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring, som fokuserer på medarbejdernes følelsesmæssige påvirkning, kan betyde, at medarbejderne både følelsesmæssigt og fagligt står bedre i samarbejdet med målgruppen, og kan også bidrage til en større grad af faglig selvtillid.

Systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring, som fokuserer på medarbejdernes følelsesmæssige påvirkning, kan muligvis være med til at sikre fastholdelse af medarbejdere og virke forebyggende ift. stress blandt personalet og sygemeldinger.

Praksisbeskrivelse:

Systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring kræver, at ledelsen prioriterer ressourcer og tiden til det. Tid og ressourcer brugt på faglig funderet supervision og sparring skal ses som kvalificerende for medarbejdernes socialfaglige indsats i samarbejdet med borgerne, ligesom det har et arbejdsmiljømæssigt perspektiv. Faglig supervision og sparring skal derfor ses som nødvendige refleksions- og læringsrum, som klæder medarbejderne på til samarbejdet med målgruppen samtidig med, at de bliver bedre til at håndtere arbejdet.

Supervision giver mulighed for, at medarbejderne kan få øje på og forholde sig til deres egen følelsesmæssige påvirkning. Sørg for, at supervisionen har en systematik, som indbyder alle medarbejderne til at forholde sig til deres egen følelsepåvirkning. På den måde kan der skabes en struktur for, at det ikke kun er medarbejdere, som selv "melder sig", eller har øje på sig selv, der forholder sig til denne dimension.

Supervision kan foregå individuelt eller fælles i medarbejdergruppen. Det væsentligste er, at følelsepåvirkningen tages alvorligt og adresseres systematisk og tilbagevendende.

Faglig sparring eller sparringsmøder skal faciliteres af en mødeleder og have en systematik eller være rammesat. Faldgruberne ved en løsere struktur er, ifølge medarbejdere i bostøtte og på botilbud, at sparringen i højere grad kommer til at handle om udveksling af lignende oplevelse og "synsninger", hvilket ikke bidrager til at kvalificere den socialfaglige indsats.

Supervision og sparring kan med fordel foregå i lukkede rum og væk fra borgerne, som ikke har gavn af at erfare, hvor stort et emotionelt pres medarbejderne til tider befinder sig i.

Som en måde at håndtere den følelsesmæssige påvirkning kan det være gavnligt at arbejde i mindre teams omkring borgeren. På den måde er der, fx altid to medarbejdere, som kender borgeren godt, og kan give kvalificeret sparring til kollegagruppen. I perioder, hvor samarbejdet med borgeren er særligt svært for den ene kollega, vil den anden kunne tage over.

Når der har været en voldsom selvskadeepisode på botilbuddet eller i bostøtten, kan obligatoriske defusing- og debriefing- samtaler være med til at sikre, at der bliver taget hånd om medarbejderne. Defusing- og debriefing-samtaler virker forebyggende på udvikling af psykiske mén.

Hjælperedskaber:

- Faciliteringsteknikker til mødeledelse og sparringsmøder.
- Rammesætning og effektiv struktur for sparring og sagsgennemgang (fx AMBIT-redskabet "thinking together" (se Anna Freud, 2018)).
- Samtaleteknikker til at forebygge psykiske mén ved medarbejderne (fx defusing og debriefing).
- Fokus på egen mentalisering (fx KRAP-redskabet "Hinandens årsag").
- En fagligt kvalificeret supervisor.

#6: Styrk det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde gennem tydelig koordinering og en gennemgående kontaktperson

Faglig begrundelse:

Målgruppen af mennesker med svær selvskadende adfærd er ofte i kontakt med mange forskellige fagpersoner på tværs af socialområdet, psykiatrien og somatikken. Derfor er det væsentligt at skabe en organisatorisk omstilling til et tættere tværsektorielt samarbejde med de øvrige samarbejdspartnere omkring borgerne, som kan være med til at sikre, at vedkommende oplever en sammenhængende indsats og behandling på tværs af, fx botilbud, psykiatrien, somatikken og myndighedsrådgivere. Litteraturen peger på, at det kan være virkningsfuldt, at der udpeges én gennemgående kontaktperson, som holder tråd i borgerens forløb på tværs af sektorer og de involverede parter (se fx Westling et al., 2016: 33). Forventningen er, at en gennemgående kontaktperson kan skabe opmærksomhed på, at alle involverede fagpersoner arbejder ud fra, og er enige om den samme retning for behandlingen, samt at der ikke opstår stilstand i borgerens forløb.

Det kan skabe forvirring hos borgeren og virke uforståeligt, hvis forskellige fagpersoner og sektorer forstår, og håndterer borgeren samt funktionen bag dennes selvskadende adfærd forskelligt. Derfor er det væsentligt, at der etableres møder på tværs af de involverede parter (herunder, fx psykiatri, botilbuddets personale med inddragelse af borgeren) for at sikre ensartethed i håndteringen af disse situationer (se 7.1). Derudover er det også gavnligt at afstemme og opnå enighed om rolle- og

ansvarsfordeling på tværs af sektorerne, så det sikres, at der er et klart ejerskab og handlingsansvar i forhold til hvem, der gør hvad (se Rambøll, 2022: 7).

Et styrket tværfagligt og tværsektorielt samarbejde kan give borgerne en oplevelse af en mere meningsfuld og samstemt indsats på tværs af sektorer, fordi indsatsen bliver mindre fragmenteret (se, fx Rambøll, 2022: 7). Målgruppen har ofte en fragmenteret forståelse af sig selv, og mange oplever at blive mødt med forskellige behandlingstilgange og forståelser af deres situation. Ved at ensarte forståelsen på tværs af sektorer og faggrupper kan der skabes et væsentligt bedre grundlag for, at borgeren oplever mening, samstemthed, kontinuitet og sammenhæng i indsatsen (se evt. også afsnit 7.1).

Praksisbeskrivelse:

Etablering af tværfaglig og tværsektoriel koordination kræver:

- At der findes fælles fodslag i, hvad der opfattes som meningsfuld håndtering af adfærden på tværs af sektorer.
- Mødefora på tværs af psykiatrien, somatikken og botilbud med inddragelse af borgeren selv.
- Tværsektorielle netværk uden borgerdeltagelse, med deltagelse af, fx præhospital, somatikken, psykiatrien, egen læge, botilbud og politi. Netværket kan med fordel have fokus på generelle drøftelser af de forskellige aktørers virkeligheder og forståelser i forhold til selvskadende adfærd.
- Fokus på at beskrive rammer og vilkår for et tættere samarbejde, herunder hvem der har beslutningskompetence til hvad.
- At der er tale om en klar faglig retning på botilbuddet såvel som i psykiatrien og/eller somatikken.
- Der kan evt. udpeges én kontaktperson, som kan varetage den koordinerende rolle med de involverede systemer i borgerens liv, herunder også med øje for at samarbejde med borgerens blivende netværk i form af familie og venner.

Hjælperedskaber:

- Faciliteringsteknikker til koordinations- og netværksmøder mellem sektorer.
- Faste mødestrukturer omkring en borger på tværs af sektorer og fagligheder.
- Én fast kontaktperson der koordinerer borgerens samlede indsats.
- Rammeaftale mellem psykiatri og kommune om retningslinjer for udskrivningssamtaler, behandlingsplan og genoptræningsplan.
- Fx. Rammer for udskrivningssamtaler og ambulante netværksmøder.

3.1 Litteratur

Andover, M.S., Wren, A., Schatten, H.T., Morris, B.W., Shashoua, M.Y. & Holman, C.S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury. Handbook of Adolescent Behavioral Problems - Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment. Second Edition. pp. 631-649. Springer Nature.

Anna Freud, 2018. Thinking Together. Anna Freud Manuals. London. Link: (Besøgt d. 05-05-2025) <https://manuals.annafreud.org/ambit-static/thinking-together>

Klonsky, E.D., Victor, S.E., Saffer, B.Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. Can J Psychiatry. 2014 Nov; 59 (11): 565-8.

Muehlenkamp, Jennifer J. (2006). Empirically Supported Treatments and General Therapy Guidelines for Non-Suicidal Self-Injury. Journal of Mental Health Counseling 28 (2): 166-185.

Møhl, B., & Rubæk, L. (2016). Selvskade hos psykiatriske patienter. *Psyke & Logos*, 37(2), 137–158.

Møller, Sine Jongdahl Kollind (2023). Motiverende Interview (MI). Social.dk. Social- og Boligstyrelsen. Odense. Link: (Besøgt d. 05-05-2025) <https://www.social.dk/tvaergaende/sociale-indsatser/motiverende-interview-mi#:~:text=Motiverende%20Interview%20%28MI%29%20er%20en%20personcentrert%20og%20guidende,at%20styrke%20en%20persons%20indre%20motivation%20for%20forandring>

Psykiatrien Region Sjælland (2025d). Selvskadens 10 interventioner. Psykiatrien Region Sjælland. Link: (Sidst besøgt: 25-02-2025) <https://www.psykiatrienregsj.dk/om-psykiatrien/for-fagpersoner/faellesstrategi-for-haandtering-af-selvskade/selvskadens-10-interventioner>

Rambøll (2022). Evaluering af satspuljen styrket indsats til mennesker med spiseforstyrrelse og selvskade. 1. version. København S: Rambøll Management Consulting.

Socialstyrelsen (2023): Recovery-orienteret rehabilitering. Vejledning til praksis. Koncept for strategisk udvikling og omlægning af socialpsykiatrien Link:(sidst besøgt. 05-05-2025) [1. Vejledning til praksis om recovery-orienteret rehabilitering](#)

Rovik, Anne Marie (2007). Selvskading og miljøterapi. *Vård I Norden* 27 (84): 35-40.

Turner, Brianna J., Sebastian Baglole, Alexander L. Chapman og Kim L. Gratz (2019). Experiencing and Resisting Nonsuicidal Self-Injury Thoughts and Urges in Everyday Life. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49 (5): 1332-1346.

Westling, Sofie, Sophie Liljedahl, Mattias Holmqvist Larsson, Hannah Parnén, Maria Zetterqvist og David Ershammar (2016). Rekommendationer för insatser vid

självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin. Nationella
Självskadeprojektet.

4 Metode & datagrundlag

I dette kapitel vil vi kort gennemgå metoden og fremgangsmåden bag vidensafdækningen. Vi beskriver vidensafdækningens delelementer særskilt og beskriver derfor først (1) det målrettede litteraturstudie af forskningslitteraturen, dernæst (2) den nordiske grå litteratur og endelig (3) interviewundersøgelsen blandt praktikere (botilbud, bostøtte og myndighedsrådgivere) samt interviews med borgere.

4.1 Delelement 1: Målrettet litteraturstudie

Det første delelement i vidensafdækningen er en målrettet søgning i forskningslitteraturen omkring svær selvskadende adfærd. Den fremsøgte litteratur har primært haft til formål (1) at identificere virksomme metoder og indsatser, der kan være egnede i den socialfaglige indsats til borgere med svær selvskadende adfærd og (2) på den baggrund udlede virksomme kernelementer fra de identificerede indsatser og formulere anbefalinger til praksis på botilbud og i bostøtten. Forventning var også, (3) at litteratursøgningen ville give viden om målgruppen, særligt ift. hvad der kendetegner personer med svær selvskadende adfærd.

4.1.1 Udvikling af søgestreng

Processen for udviklingen af søgestrengen er foregået i samarbejde med vidensprojektets specialistgruppe (bestående af udvalgte VISO-leverandører med ekspertise i selvskadende adfærd). Søgestrengen er derfor blevet drøftet og kvalificeret af specialistgruppen inden, vi lagde os fast på den endelige søgestreng.

Tidligt i arbejdet med søgestrengen blev det klart, at vi stor set ingen resultater fik, når vi søgte specifikt efter socialfaglige tilgange/metoder/indsatser ift. selvskadende adfærd. Det understreger blot projektets relevans ift. at udvikle materiale og redskaber, der kan anvendes til at adressere selvskadende adfærd i en socialfaglig kontekst.

I samråd med vidensprojektets specialistgruppe besluttede vi os derfor for at "kaste nettet" lidt bredere ud. Vi undersøger derfor bredere, hvad der kendetegner virkningsfulde indsatser, som anvendes i arbejdet med borgere med svær selvskadende adfærd. Specialistgruppens vurdering var, at et sådant litteraturstudie stadig ville være relevant, men at det stiller krav om, at tilgangene eller dele af tilgangene kan oversættes til en socialfaglig kontekst. Specialistgruppens vurdering var, at indsatserne som litteratursøgningen ville frembringe formentligt ville være af mere psykologisk/terapeutisk/behandlingsmæssig karakter, men at elementer derfra kan have potentiale i "light-versioner" i en socialfaglig kontekst. Udgangspunktet for den efterfølgende delopgave 2 i dette vidensprojekt, som handler om at udvikle

konkrete redskaber og materialer til fagpersoner på botilbud og i bostøtten, vil derfor være centreret om at oversætte elementer fra indsatserne til en socialfaglig praksis.

På baggrund af disse drøftelser har vores tilgang til søgestrengen været at forsøge at indsnævre søgningen tilstrækkeligt ift. VISOs beskrivelse af målgruppen, men samtidig bevare en vis åbenhed ift. indsatsernes karakter, fordi det er vanskeligt at indfange det socialfaglige element. Søgeordene, der skal indfange tilgange og metoder, er derfor bevidst beskrevet mere åbent og bredere end VISOs beskrivelse af målgruppen med henblik på ikke at frasortere potentielt relevante artikler.

Litteratursøgningen er afgrænset og målrettet gennem følgende in- og eksklusionskriterier:

Tabel 1: Oversigt over inklusionskriterier for databasesøgninger

	Inklusionskriterier, databasesøgninger
Udgivelsestidspunkt	2014 til 2024
Sprog	Engelsk
Udgivelsestype	Peer-reviewed studier
Geografisk kontekst	Vestlige lande (Europa, New Zealand, Australien, USA, Canada (Nordamerika))
Målgruppens alder	18+
Målgruppens problematik	Selvskadende adfærd forstået som "non-suicidal self injury" (NSSI) i alvorlig eller svær grad og forstået som "direkte" selvskadende adfærd. OBS: selvskadende adfærd i kombination med udviklingshæmning, autisme og spiseforstyrrelser er ekskluderet
Interventioner / indsatser	Empiriske studier der undersøger interventioner, metoder, indsatser, behandlinger, terapier, tilgange, strategier eller praksis i forhold til selvskadende adfærd (forstået som non-suicidal self-injury (NSSI)) OBS: medicinske interventioner er ekskluderet

Søgningen er foretaget på databaserne Scopus, Psycinfo og PubMed og fandt 982 potentielt relevante studier. Processen for udvælgelsen af studier har været inddelt i følgende faser:

- 1) Målrettet litteratursøgning på databaser.
- 2) Vurdering og sortering af den fremsøgte litteratur på titelniveau og derefter på abstractniveau.

- 3) Gennemlæsning, vurdering og sortering af den fremsøgte litteratur på full text-niveau.

Efter vurdering og sortering af studierne på titel, abstract og full-text niveau blev 25 studier udvalgt til brug for litteraturstudiet. Den konkrete søgestreng, yderligere overvejelser bag søgestrengen, og overblik for udvælgelsestrin mm. fremgår af bilag 3.

På baggrund af læsningen af den fremsøgte litteratur og henvisningerne heri har vi desuden tilføjet flere relevante artikler, som den målrettede litteratursøgning ikke indfangede. På samme måde har vi på opfordring af vidensprojektets specialistgruppe tilføjet artikler, som de vurderede nødvendige, herunder artikler vedrørende baggrundsforståelse af selvskadende adfærd og/eller dennes funktioner.

I alt indgår 34 artikler i det målrettede litteraturstudie⁴.

4.1.2 Uddybende overvejelser ift. søgestrengen

Indsatstype

Vi valgte ikke at inkludere meget specifikke termer som "socialfaglig indsats", "bosted", "pædagogiske indsats" eller "bostøtte" i søgestrengen, fordi det ville risikere at reducere antallet af artikler betragteligt. Det ville begrænse mængden af tilgængelig litteratur og potentielt udelukke relevante studier, der ikke bruger disse specifikke termer.

Ved at bruge bredere termer som "intervention*", "method*", "treatment*", "therapy", "therapeutic", "approach*", "strategy", og "practice" indfanger vi en bredere vifte af relevante studier (velvidende at vi formentligt indfanger studier, som ikke alene beskriver socialfaglige tilgange). Dette giver os en bredere forståelse af de forskellige metoder og tilgange, der kan anvendes i arbejdet med selvskadende adfærd.

De bredere termer tillader os også at inkludere studier, der *kan* være relevante for medarbejdere på botilbud og i bostøtten, selvom de ikke specifikt nævner disse roller.

Vi har desuden tilføjet skadesreduktionsrelaterede termer, nemlig: "harm reduction", "risk minimization", "damage control", og "injury prevention". Disse har vi tilføjet for at sikre, at vi også indfanger dimensionen omkring skadereduktion og et evt. forebyggende blik på svær selvskadende adfærd.

Målgruppe

Vi har inddraget flere elementer i søgestrengen for at afgrænse alderen på de mennesker, der har svær selvskadende adfærd. Det indebærer ordene "adult", "young adult" eller "grown-up", der skal indgå i artiklen for, at den bliver inkluderet. Dette valg

⁴ Se bilag 1 for prisma chart over udvælgelsesprocessen

betyder, at vi potentielt ekskluderer artikler, der ikke nævner disse specifikke ord, men som stadig omhandler voksne. Vi har dog valgt at kræve, at et af disse ord er i søgestrengen, fordi det er en relevant afgrænsning. Uden denne afgrænsning ville der være omkring 5-700 flere artikler til screeningen.

Vi har valgt at frasortere diagnoser som "autisme", "udviklingshæmning" og "spiseforstyrrelser". Valget skyldes, at disse grupper ligger uden for projektets målgruppe.

Selvskadens sværhedsgrad

Vi har desuden valgt at inkludere sværhedsgraden af selvskade i vores søgning for at sikre, at vi fokuserer på svære tilfælde af selvskadende adfærd. Ved at inkludere termer som "severe", "extreme", "high-risk", "recurrent", "intense", "serious", "acute", og "critical" indfanger vi studier, der beskæftiger sig med svære tilfælde af selvskade.

Se bilag 2 og 3 for yderligere detaljer og valg taget i forbindelse med litteratursøgningen.

4.2 Delelement 2: Nordisk grå litteratur

Det andet delelement i vidensafdækningen er en afdækning af den nordiske grå litteratur på området. Formålet med afdækningen af den nordiske grå litteratur er at identificere ikke peer-reviewed materiale, fx i form af evalueringer eller konsulentrapporter, der beskriver virkningsfulde indsatser til målgruppen, eller som har et oplysende formål. Gennem dette materiale søger vi at afdække, hvad der findes af erfaringer og praksisviden om virkningsfulde socialfaglige metoder og tilgange, der kan være egnede i indsatsen til borgere med svær selvskadende adfærd. Søgearbejdet efter relevant grå litteratur blev gennemført via en række danske, norske og svenske databaser samt hjemmesider for at finde evalueringsrapporter, artikler og andre kilder, der kan anvendes til dels at identificere virkningsfulde metoder og indsatser til målgruppen, og dels til at udlede virkningsfulde kerneelementer og kvalificere anbefalinger til praksis.

I den nordiske grå litteratur har vi især forsøgt at fremhæve eksisterende erfaringer med virkningsfulde tilgange til målgruppen af voksne med selvskadende adfærd. Det har været svært at identificere og opspore grå litteratur om specifikt svær selvskadende adfærd. Derfor har vi også afsøgt inspiration i viden om selvskadende adfærd i mindre sværhedsgrader. Det samme gør sig gældende omkring kriteriet med socialfaglige indsatser, hvor vi også har inkluderet erfaringer fra psykiatrien og andre mere behandlingsrettede indsatser. Det er vores forventning, at mange af disse erfaringer kan overføres eller oversættes til det socialfaglige område.

Nedenfor viser vi et udpluk af de søgeord, som vi har anvendt i den grå litteratursøgning. Det er ikke en udtømmende liste, men blot nogle eksempler. Det

samme gør sig gældende for listen af databaser i henholdsvis Danmark, Sverige og Norge. Det er samtidig vigtigt at pointere, at en central fremgangsmåde i søgningen i den grå litteratur er "snowballing"-metoden. Snowballing betyder, at vi følger henvisninger, der nævnes i relevante artikler eller kilder. På den måde kan de oprindelige søgninger ofte føre til flere resultater, end vi fik ved den første søgning. Søgningerne skal derfor læses som måder at komme i gang på, mens materialet, som er inkluderet i den grå litteratur, kan være fundet ad mange veje.

Tabel 2: Oversigt over udpluk af søgeord på henholdsvis dansk, svensk og norsk.

Dansk	Svensk	Norsk
Selvskade	Självskaða	Selvskading
Virksomme indsatser mod svær selvskade	Självförrållad skada	Behandling av alvorlig selvskade
Behandling af selvskadende adfærd botilbud	Insatser mot ekstrem självskaða	Innsatser ved ekstrem selvskading i Norge
Botilbud for børn og unge med svær selvskadende adfærd	Behandling av svår självskaða	Innsatser mot selvskading

Udpluk af afsøgte databaser:

- Foreningen spisestyrer og selvskade (Danmark)
- VIVE.dk (Danmark)
- Social- og Boligstyrelsen (Danmark)
- Sundhedsstyrelsen (Danmark)
- De respektive danske regioner (Danmark)
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA (Norge)
- Folkehelseinstituttet (Norge)
- Helsebiblioteket.no (Norge)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Norge)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (Sverige)
- Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (Sverige)
- Nationellasjälvskaðeprojektet.se (Sverige)

4.3 Delelement 3: Interviewundersøgelse

4.3.1 Interview med fagpersoner

Det tredje delelement i vidensafdækning er interviews med fagpersoner fra botilbud, bostøtten og myndighedsrådgivere på voksenområdet. Formålet med disse interviews er at få greb om, hvilke udfordringer og dilemmaer som disse fagpersoner oplever i deres arbejde med målgruppen, samt hvad de peger på, som virkningsfuldt i arbejdet med målgruppen.

Interviewpersonerne er rekrutteret med hjælp fra VISO i Socialstyrelsen og blandt Metodecentrets medlemskreds. Med denne interviewundersøgelse var vores forhåbning at få fat i fagpersoner, som kunne være med til at give os konkrete praksisbeskrivelser af fagpersonernes udfordringsbillede i deres arbejde med målgruppen. Vi var særligt interesserede i at få viden om, hvor fagpersonerne oplever, at de evt. mangler et videns- og kompetenceløft, samt få deres ideer til brugbare materialer og redskaber til arbejdet med målgruppen (til brug for projektets del II). Interviewundersøgelsen har i praksis vist sig i højere grad at bidrage med input til, hvordan man kan sammensætte en virkningsfuld praksis i arbejdet med målgruppen, mens den i mindre grad peger på, hvor medarbejderne er udfordret. I udarbejdelsen af anbefalingerne trækker vi således også på fagpersonernes erfaringer og praksisviden om, hvordan en virkningsfuld socialfaglig indsats til målgruppen kan se ud.

Fagpersonerne på tværs af botilbud, bostøtte og myndighed har haft stor viden om selvskadende adfærd, og har bidraget med flere konkrete bud på løsninger om, hvordan man kan arbejde med målgruppen. Størstedelen af fagpersonerne, som vi har talt med, har derfor allerede haft viden om, hvordan man sammensætter en virkningsfuld socialfaglig hjælp til målgruppen, og fortæller, at de ikke nødvendigvis oplever et stort behov for et videns- og kompetenceløft. Flere af fagpersonerne fortæller, at de har mange års erfaring med målgruppen fra, fx ansættelser i psykiatrien og/eller opkvalificering i målgruppen, mens enkelte har haft forløb med VISO, hvor de har fået viden om målgruppen samt faglige tilgange og redskaber til at arbejde med målgruppen. Dermed har kun få af de interviewede medarbejdere peget på specifikke områder, hvor de oplever, at der er behov for et kompetenceløft i deres arbejde med målgruppen. Dette er ikke udtryk for, at fagpersonerne oplever, at målgruppen er ligetil. Tværtimod beskrives målgruppen som kompleks og udfordrende af fagpersonerne. Til gengæld oplever de fleste af de interviewede fagpersoner, at de har gode greb og metoder til at støtte borgerne.

Vi har foretaget fokusgruppeinterviews med seks forskellige botilbud med deltagelse af i alt 13 fagpersoner. Herudover er der foretaget interviews med fire bostøtter fra to forskellige kommuner og fire myndighedsrådgivere fra tre forskellige kommuner. Alle interviews med fagpersoner er foretaget i perioden januar til februar 2025. Til brug for

interviewene er der udarbejdet semistrukturerede interviewguides til alle tre grupper af fagpersoner. Interviewene er efterfølgende blevet transskriberet og kodet tematisk i et kvalitativt data-analyseprogram.

Datagrundlaget for denne del af vidensafdækningen baserer sig på i alt 11 interviews med udsagn fra 21 fagpersoner.

4.3.2 Interview med borgere

For at belyse målgruppens eget perspektiv har vi foretaget interviews med voksne borgere med reduceret eller tidligere svær selvskadende adfærd.

Borgerne er rekrutteret ved hjælp af VISO, eller gennem fagpersonerne som har deltaget i interviewundersøgelsen. Det har været et kriterie, at borgerne er kommet på den anden side af deres selvskadende adfærd, og dermed har fået adfærden så meget på afstand, at de er i stand til at se tilbage på og reflektere over, hvad der har været hjælpsomt (eller det modsatte) i den proces.

Vi har interviewet tre⁵ borgere, som tidligere har boet på botilbud, og har haft svær selvskadende adfærd, som det er lykkedes dem at stoppe eller reducere. Interviewene er gennemført i januar 2025. Til brug for interviewene har vi udarbejdet en semistruktureret interviewguide. Interviewene er efterfølgende transskriberet og kodet tematisk i et kvalitativt dataanalyseprogram.

⁵ Det var oprindeligt planen at foretage flere borgerinterviews, men af forskellige grunde lykkedes det ikke at rekruttere flere borgere som informanter.

5 Fund fra målrettet afdækning af forskningslitteratur

Formålet med denne målrettede afdækning af forskningslitteraturen er todelt. Det ene formål er at afdække, hvad der kendetegner voksne mennesker med svær selvskadende adfærd. Det andet formål er at afdække, hvilke virksomme socialfaglige metoder og tilgange der kan være egnede i indsatsen til borgere med svær selvskadende adfærd. Derfor har vi opdelt afdækningen i to dele, hvor den første del vil være en afdækning af viden om målgruppen, mens anden del afdækker de identificerede relevante virksomme socialfaglige metoder og tilgange. Dette afdækker vi på baggrund af de 34 artikler, vi fandt frem til gennem vores søgning og efterfølgende screening.

5.1 Del I: Viden om målgruppen

Et af formålene med den systematiske vidensafdækning er at afdække, hvad der kendetegner voksne, der har svær selvskadende adfærd. I vores afdækning har vi fundet få artikler, der tilbyder en definition af svær selvskade. Disse artikler har vi naturligvis valgt at afrapportere, men samtidig har vi også valgt at inkludere nogle artikler, som beskriver karakteristika, der kobles på voksne med mindre svær selvskade – dvs. uafhængigt af frekvens eller alvorsgrad af selvskaden. Tilsammen bruger vi artiklerne til at danne overblik over, hvad der synes at kendetegne målgruppen. Der skal dog tages forbehold for, at der mangler forskning på det afgrænsede område for svær selvskade (Ness et al., 2016: 427; Holth et al., 2018: 605; Møhl & Rubæk, 2016: 154).

5.1.1 Definitioner af selvskade og svær selvskade

Størstedelen af de inkluderede artikler definerer selvskade som "non-suicidal self-injury" (NSSI) (se, fx Dhingra & Ali, 2016; Slabbert, Hasking & Boyes, 2018; Stroehmer et al., 2015; Lewis et al., 2019; Liu, 2023; Turner et al., 2017; Andover et al., 2015; Klonsky et al., 2014 eller Møhl & Rubæk, 2016). NSSI bruges også i WHO's ICD-11 klassificering af sygdomme, hvor selvskade defineres som "*Intentional self-inflicted injury to the body, most commonly cutting, scraping, burning, biting, or hitting, with the expectation that the injury will lead to only minor physical harm*" (World Health Organization, 2022). Det non-suicidale består dermed i, at selvskaden udføres uden henblik på at begå selvmord (Andover et al., 2015: 631). Der er imidlertid også artikler, der ikke bruger termen non-suicidal, men, fx "self-harm" i stedet (Mughal et al., 2023; Troya et al., 2019; Ness et al., 2016; Holth et al., 2018). I flere af disse artikler specificeres det dog i definitionen af "self-harm", at det er selvskade uden intentionen om selvmord, hvilket stemmer overens med NSSI (se fx Mughal et al., 2023: 1181). Det tyder på, at søgningen

har fanget den rigtige målgruppe, da det netop er selvskade uden intention om selvmord, som vi er interesseret i at undersøge.

Graden af selvskade er ikke i fokus i særligt mange af artiklerne, og de få artikler, der handler om svær selvskadende adfærd, pointerer også, at det er en underbelyst subgruppe (Ness et al., 2016: 427; Holth et al., 2018: 605; Møhl & Rubæk, 2016: 154). Ifølge Ness et al. (2016: 427) er der ingen fælles definition for mennesker, som har en høj frekvens af selvskade. Ness et al. (2016) bruger frekvensen af besøg ved akutmodtagelsen som følge af selvskade som et mål for selvskadens sværhedsgrad. Her tolkes patienter med mange besøg som havende svær selvskadende adfærd (Ness et al., 2016). Mere specifikt definerer de høj frekvens af selvskadende adfærd ud fra, om personen har været i akutmodtagelsen som følge af selvskade mere end 15 gange over de sidste fire år (Ness et al., 2016: 428). Ness et al. (2016: 427) pointerer dog selv, at selvskadens årsag og funktion kan variere mellem borgere, der kommer på akutmodtagelsen mange gange indenfor en kort periode, og borgere, der kommer på akutmodtagelsen det samme antal gange, men fordelt over en længere periode. De forskellige mønstre i anvendelsen af selvskaden tyder, ifølge forfatteren, på, at der kan være behov for forskellige indsatser til de to subgrupper af borgere med svær selvskade (Ness et al., 2016: 427). Samtidig viser de forskellige mønstre i anvendelsen af selvskade, at gruppen af borgere med svær selvskade er heterogen – også når det kommer til frekvensen af selvskade.

I en anden af de få andre artikler, der omhandler gruppen med svær selvskadende adfærd, kortlægges gruppens oplevelse af hjælp i sundhedsvæsenet på baggrund af en national screening i Norge (Holth et al., 2018). Her definerer Holth et al. (2018) ekstrem selvskade ud fra, hvorvidt en borger har været indlagt på psykiatrisk afdeling i over fire uger som følge af selvskade indenfor det seneste år, og om vedkommende har været indlagt over fem gange det seneste år (Holth et al., 2018: 606). Her finder forfatterne, at denne gruppe er en meget kompleks og heterogen gruppe, som i høj grad oplever utilstrækkelig hjælp i sundhedssystemet (Holth et al., 2018). Der synes altså at være et behov for behandling, som ikke bliver mødt tilstrækkelig i systemet, ifølge disse patienters egne oplevelser. Holth et al. (2018) interviewer ligeledes dele af sundhedspersonalet, som beskriver, hvordan der nogle gange opbygger sig et negativt stigma omkring personer med svær selvskadende adfærd, fx at de kategoriseres som værende "problematisk" eller "udfordrende" (Holth et al., 2018: 610). Sundhedspersonalet oplever dog også, at der kan være positive udvekslinger med patienterne, hvis der sættes tid af til at få tilstrækkeligt indblik i den pågældende patients behov (Holth et al., 2018: 610).

Holth et al. (2018) underbygger altså pointen fra Ness et al. (2016) om, at gruppen af personer med ekstrem/svær selvskadende adfærd er en meget heterogen og diagnostisk kompleks gruppe. Det betyder, at behandlingen af gruppen kræver en individuel tilgang til hver person, indtil vi ved mere om gruppen, hvilket igen kalder på mere forskning. Den individuelle tilgang vil kunne muliggøre et mere

dybdegående kendskab til borgerens individuelle mønster bag den ekstreme selvskadende adfærd, og dermed muligvis komme tættere på den rette behandling for borgeren.

5.1.2 Hvad kendetegner personer med selvskadende adfærd?

Selvskadende adfærd beskrives som et symptom og ikke en selvstændig diagnose (Møhl & Rubæk, 2016: 137), og derfor kan det også være svært at generalisere mennesker med selvskadende adfærd som gruppe. Af samme grund kan dynamikken bag den selvskadende adfærd variere meget fra person til person, og man kan derfor ikke koble selvskade til én psykiatrisk lidelse eller en personlighedsstruktur (Møhl & Rubæk, 2016: 137). Denne viden har man ikke altid haft i forskningen, og går man længere tilbage, var der en opfattelse af, at selvskade var et symptom på borderline personlighedsforstyrrelse (BPD). I den senere forskning har man fundet, at selvskadende adfærd kan forekomme uafhængigt af BPD, hvorfor man er gået væk fra denne opfattelse (Klonsky et al., 2014: 567). En anden misforståelse er også, at den *primære* årsag til selvskadende adfærd var seksuelle overgreb i barndommen, hvilket studier viser er en alt for simpel forklaring (Klonsky et al., 2014: 567). Der er altså flere tidligere misforståelser omkring, hvad der kendetegner individer, der anvender NSSI, men i dag viser forskningen, at det er mere komplekst end som så.

Med det i mente er der dog alligevel nogle kendetegn, der synes at være hyppige for mennesker med selvskadende adfærd. Non-suicidal selvskade er, fx mest hyppigt blandt unge voksne og teenagere, selvom det kan forekomme i alle aldre (Klonsky et al., 2014: 566). Derudover er NSSI mest hyppigt ved mennesker med psykiatrisk komorbiditet, det vil sige borgere, der samtidig lider af en eller flere psykiske diagnoser (Liu, 2023: 274). NSSI forekommer desuden oftere blandt personer, der er præget af følelsesmæssig stress/mistrivsel såsom negativ emotionalitet, depression, angst og følelsesdysregulation (Klonsky et al., 2014: 566). Der er derfor en række diagnoser, som kobler sig til disse følelser, og som synes at have en forøget forekomst af NSSI, herunder borderline, angst, depression, spiseforstyrrelser og PTSD (Møhl & Rubæk, 2016: 139-140).

Et studie fra 2023 viser også, at de der er i størst risiko for at udvise NSSI, også er de, der har begrænsede ressourcer til at arbejde med adfærden (Liu, 2023: 274). Fx er de, der vokser op med såkaldt lav social støtte (defineret som én forælder) og lav socioøkonomisk baggrund i barndommen i større risiko for at udvise NSSI, fordi de er i højere risiko for kronisk eksponering for stress (Liu, 2023: 278). I en national dansk undersøgelse fra 2014 undersøger forfatterne også sammenhængen mellem social støtte og NSSI. Her måles social støtte ud fra "the crisis support scale" (CSS) (Christoffersen et al., 2015: 110). Skalaen bygger på faktorer såsom "*at have nogen, der er villige til at lytte, som yder følelsesmæssig og praktisk støtte ved behov, samt kontakt med andre i en lignende situation*" (Christoffersen et al., 2015: 110). I artiklen

finder Christoffersen et al. (2015), at social støtte delvist mindsker risikoen for, at traumer fører til NSSI, hvilket antyder, at øget social støtte kan reducere risikoen for non-suicidal selvskade (Christoffersen et al., 2015: 106). Dette betyder dog ikke, at der *ikke* forekommer NSSI hos mennesker, der har høj social støtte, blot at risikoen for NSSI-adfærd er højere for dem, der har lav social støtte (Christoffersen et al., 2015; Liu, 2023), og som kommer fra et mindre socioøkonomisk ressourcestærkt hjem (Liu, 2023).

Nogle studier finder, at flere kvinder end mænd har selvskadende adfærd, men nyere studier finder, at denne forskel mellem kønnene kan være mindre end først antaget (Dhingra & Ali, 2016; Klonsky et al., 2014). Til gengæld synes der at være kønsbetonet forskel i, hvordan kvinder og mænd skader sig selv. Litteraturen peger på, at kvinder især anvender "cutting", mens mænd i højere grad anvender "burning" eller at slå sig selv (Dhingra & Ali, 2016: 5). I mange prævalensstudier tages der desuden udgangspunkt i psykiatriske patienter, hvor mænd, fx kan være mindre tilbøjelige til at opsøge hjælp end kvinder, hvorfor der også kan være en underrepræsentation af mænd i statistikkerne (Liu, 2023: 280). I en artikel der laver en karakteristik af selvskade blandt seniorer (her personer over 60 år) i Storbritannien, finder forfatterne også, at selvskadende adfærd er et stigende problem for mænd i alderen 60-74 år, mens der imidlertid er en lille overrepræsentation af selvskadende kvinder i denne aldersgruppe (Patel et al., 2023: 7).

5.1.3 Selvskadens motiver og funktioner

Som tidligere nævnt er selvskadens bagvedliggende dynamikker varierende, og motivationen bag selvskaden kan derfor også se meget forskellig ud (Møhl & Rubæk, 2016: 137). Der har tidligere været mange fordomme og myter om, hvorfor man selvskader, fx at individer primært bruger selvskade som en måde at få opmærksomhed på (Klonsky et al., 2014: 567). Selvom opmærksomhed fra andre *kan* være en motivation, synes det at være en meget sjælden motivation (Klonsky et al., 2014: 567). I stedet synes den mest gængse motivation bag selvskaden at handle om at lindre negative følelser, og adfærden udføres oftest privat, dvs. skjult for andre (Klonsky et al., 2014: 567).

Klonsky et al. (2014) deler funktionerne af selvskade op i to forskellige funktioner: Intrapersonelle og interpersonelle funktioner (Klonsky et al., 2014: 567). Intrapersonelle funktioner retter sig mod individets indre liv og følelser (Klonsky et al., 2014: 567). I forskningen er der en bred enighed om, at selvskade oftest bruges med henblik på intrapersonel funktion som en måde at reducere eller midlertidigt stoppe negative følelser (Møhl & Rubæk, 2016; Dhingra & Ali, 2016: 6; Klonsky et al., 2014: 566). Møhl & Rubæk (2016) finder også, at "affektregulering" er det hyppigste motiv til selvskade, og at selve følelsesreguleringen opstår ved, at den selvskadende adfærd reducerer de negative følelser i form af vrede, frygt, skyld, ensomhed eller lignende (Møhl & Rubæk, 2016: 137). Selvskadende adfærd kan derfor være en decideret lettelse eller kilde til ro

for nogle individer, som får en "pause" fra de negative følelser (Klonsky et al., 2014: 566). Den interpersonelle funktion retter sig udad fra individet, fx med henblik på at influere andre (Klonsky et al., 2014: 567). Interpersonelle funktioner kan have en kommunikativ betydning til omgivelserne, men mennesker med NSSI ser sjældent deres selvskade som en reaktion på en interpersonel begivenhed, og nogle har endda svært ved at se, hvordan deres selvskade kan påvirke andre (Suyemoto, 1998: 539).

I en undersøgelse med 13 unge voksne (i alderen 19-25 år) med selvskadende adfærd har nogle forskere undersøgt, hvad de unge selv angiver som funktionen bag deres selvskade (Mughal et al., 2023). Fire funktioner gik igen på tværs af de interviewede, herunder at selvskade er (1) en metode til at håndtere emotionelle tilstande, (2) en metode til selv-afstraffelse, (3) en coping-mekanisme til psykisk sygdom og traumer, og (4) en kilde til positive tanker og beskyttelse, idet adfærden kan styrke borgerens oplevede følelse af kontrol (Mughal et al., 2023: 1184). Flere af funktionerne afspejler altså, hvad Møhl & Rubæk (2016: 137) kalder "affektregulering" som funktion, fx den første funktion, hvor selvskade er en metode til at håndtere emotionelle tilstande. Det synes også overvejende at være intrapersonelle funktioner, som de unge angiver.

Uddybende om den første funktion fortæller de unge, at selvskaden omdanner den psykiske og emotionelle smerte til fysisk smerte, hvilket hjælper dem med at undertrykke svære tanker (Mughal et al., 2023: 1184). En af de unge udtaler: "*det (selvskaden red.) er den eneste måde, jeg kan få mine følelser ud*" (Mughal et al., 2023: 1184). En anden ung uddyber også, at det både kan være i afmagt, fordi den unge føler "for meget", men at det også kan være en måde at håndtere, når den unge føler, at vedkommende er "følelsesløs" eller meget fraværende (Mughal et al., 2023: 1184). Det synes altså overvejende at være intrapersonelle funktioner, som de unge fremhæver.

Den anden funktion, der går igen, handler om selv-afstraffelse som selvskadens funktion, hvor de unge fortæller, at deres selvskade kan være meget høj, og selvskade kan bruges som en måde at "straffe" sig selv, hvis de ikke lever op til deres egne forventninger (Mughal et al., 2023: 1184). En af de unge uddyber, at det ikke er nok for vedkommende at lide indvendigt, det skal også være "udvendigt" altså gennem fysisk lidelse (Mughal et al., 2023: 1184).

Den tredje funktion, der går igen, handler om at, selvskaden opleves som en måde, hvorpå den unge kan være i tidligere traumer eller andre psykiske lidelser (Mughal et al., 2023: 1185). De unge fremhæver forskellige psykiske lidelser som kilde til deres emotionelle stress, fx PTSD eller angst, hvor selvskaden bliver en slags "selv-medicinering" for dem (Mughal et al., 2023: 1185).

Den fjerde funktion handler om de positive følelser, som de unge kan opleve i forbindelse med selvskadende adfærd, herunder følelsen af at være i kontrol (Mughal et al., 2023: 1185). Paradoksalt nok fremhæver en af de unge, at selvskade kan fungere som en form for "self-care", fordi vedkommende efter selve selvskaden behandler sine sår og skader (Mughal et al., 2023: 1185). Flere af de unge fremhæver, at de oplever en

form for afhængighed af selvskaden og en mangel på lysten til at stoppe, fordi selvskaden netop udfylder alle disse funktioner for dem (Mughal et al., 2023: 1185). Det er derfor afgørende i behandlingen af selvskade, at man undersøger, hvilken funktion den selvskadende adfærd udfylder for den unge (Mughal et al., 2023: 1187) – for uddybning af råd om behandling af selvskade se 'Del II: Virkningsfulde (socialfaglige) indsatser'.

Lignende beskrivelser af selvskadens funktion finder vi i et review, som kigger på tværs af 11 kvalitative studier, som undersøger, hvordan børn, unge og voksne (11 til 35 år) beskriver deres selvskadende adfærd, med henblik på at kunne arbejde målrettet med deres recovery (Lewin et al., 2023). Forfatterne identificerer tre forskellige subjektive forståelser af den selvskadende adfærds funktion. Den første handler om affektregulering. Den næste handler om at nogle individer oplever, at adfærden har en personlig betydning eller funktion for dem, og beskriver adfærden som en "gammel ven", som de vedligeholder relationen til, hvilket gør adfærden vanskelig at slippe. En tredje beskrivelse på tværs af studierne og uafhængig af, hvad informanterne besked som adfærdens funktion var, at der med adfærden følger en afhængighed af at bruge adfærden til at håndtere det, der er svært (Lewin et al., 2023: 52-53).

Selvom ovenstående undersøgelse handler om unge mennesker, synes mange af funktionerne at gå igen i undersøgelser, der fokuserer på ældre mennesker. Fx skriver Troya et al. (2019) i et systematisk review, at ældre mennesker⁶ ofte bruger selvskadende adfærd som en måde at håndtere negative følelser, såsom følelsen af tab af kontrol som ældre, følelsen af øget ensomhed eller følelsen af at være en byrde for samfundet (Troya et al., 2019: 186). I en anden artikel af Patel et al. (2023) peger forfatterne dog omvendt på, at motivationen bag selvskadende adfærd er anderledes blandt ældre borgere (her defineret som borgere over 60 år) (Patel et al., 2023: 1). I denne artikel skriver Patel et al. (2023), at ældre mennesker med selvskadende adfærd er mindre tilbøjelige til at angive coping-strategi som grunden til at selvskade. Derimod optræder fysisk helbred eller en isoleret livsstil som oplevede årsager til selvskade (Patel et al., 2023: 1). Der kan altså være variation i funktionen bag selvskadende adfærd, afhængigt af alder, ifølge denne artikel. Patel et al. (2023) peger også på, at der synes at være en kønnet forskel i, hvilke årsager de ældre mennesker angiver som baggrund for deres selvskadende adfærd. Her har kvinderne i højere grad tendens til at angive interpersonelle årsager, som fx problemer i relationer, mens mændene i højere grad angav alkohol eller finansielle problemer som årsag til den selvskadende adfærd (Patel et al., 2023: 14). Hertil kommer det, at ældre mennesker med selvskade har en øget risiko for gentagelse af selvskade og højere risiko for

⁶ Aldersvariationen på tværs af dette review gik fra 60-112 år, hvor størstedelen var mellem 60-74 år (Troya et al., 2019: 188-189).

selvmord, hvilket tyder på, at alder har betydning for den selvskadende adfærd (Troya et al., 2019: 198; Patel et al., 2023: 1).

Det bør dog nævnes, at i reviewet af Troya et al. (2019) var mange artikler inkluderet, som definerede forsøg på selvmord som selvskade (Troya et al., 2019: 197), hvilket ikke inkluderes i NSSI, der som nævnt er karakteriseret ved fravær af intentionen om selvmord. Vi har dog valgt at inkludere artiklen alligevel på baggrund af dens unikke vinkel på ældreområdet og, at der også er flere artikler inkluderet i deres review, som inkluderer det non-suicidale kriterium. Vi ville derfor miste indsigten fra disse studier ved at udelade artiklen.

I vores søgning i forskningslitteraturen har vi ikke fundet frem til nogen artikler, der berører, hvorvidt selvskade tjener en anden funktion for personer med ekstrem/svær grad af selvskade sammenlignet med borgere med mindre ekstrem grad af selvskade. Én af artiklerne om personer med ekstrem selvskadende adfærd berører funktionen af selvskaden, men her fremhæves funktioner, der ligner de ovennævnte (Holth et al., 2018: 606).⁷ Fx nævnes selvskade som en metode til emotionel regulering og selv-afstraffelse, som ligger sig i forlængelse af de funktioner, som vi gennemgik ovenfor. Dette er også i tråd med Møhl og Rubæk (2016)'s pointe om, at den mest hyppige funktion af selvskaden er affektregulering.

På den anden side har vi heller ikke fundet nogle studier, der undersøger, hvorvidt selvskadens funktion er den samme uanset alvorsgraden. I den fremsøgte litteratur er der således ikke noget der tyder på, at teoridannelsen bag selvskadende adfærd afhænger af selvskadens alvorsgrad.

5.1.4 Opsummerende: viden om målgruppen

I denne del af den målrettede vidensafdækning har vi undersøgt kendetegnene ved personer med svær selvskadende adfærd og de typiske årsager eller funktioner bag selvskaden. Kun få studier, herunder Ness et al. (2016) og Holth et al. (2018), beskæftiger sig specifikt med denne gruppe. Disse studier fremhæver, at personer med svær selvskade udgør en kompleks og heterogen gruppe, og at der er behov for mere forskning på området. I den målrettede vidensafdækning har vi derfor heller ikke fundet prævalensstudier om svær selvskadende adfærd.

Generelt ses selvskadende adfærd, herunder også let og moderat selvskade, hyppigst hos unge og unge voksne, selvom det kan optræde i alle aldre (Klonsky et al., 2014: 566). NSSI forekommer hyppigst hos personer med psykiatrisk komorbiditet, hvor særligt angst, depression, spiseforstyrrelser og PTSD er samtidige diagnoser (Liu, 2023: 274; Klonsky et al., 2014: 566). Sociale faktorer som opvækst i miljøer med lav

⁷ Her defineres ekstrem selvskade ud fra, at borgeren har været indlagt over 4 uger og over fem gange på en psykiatrisk afdeling det seneste år (Holth et al., 2018: 606).

socioøkonomisk status (Liu, 2023: 278) og lav social støtte øger også risikoen for NSSI (Liu, 2023: 278; Christoffersen et al., 2015). Selvskadende adfærd forekommer imidlertid på tværs af køn, alder og social baggrund. Selvskadende adfærd er derfor en bred forekommende adfærd, som ikke direkte kan bindes op på én diagnose (Møhl & Rubæk, 2016: 137).

I litteraturen opfattes selvskade ofte som et symptom eller en strategi, der tjener en specifik funktion for individet (Møhl & Rubæk, 2016; Dhingra & Ali, 2016: 6; Klonsky et al., 2014: 566; Mughal et al., 2023; Troya et al., 2019; Holth et al., 2018; Nielsen, Sayal & Townsend, 2017; Slabbert, Hasking & Boyes, 2018; Turner et al., 2017). Adfærden kan derfor betegnes som funktionel. De mest almindelige motiver er intrapersonelle, og omfatter affektregulering, selv-afstraffelse og håndtering af traumer eller psykisk smerte (Møhl & Rubæk, 2016: 137; Mughal et al., 2023: 1184). Vi fandt ingen studier, der specifikt belyser, om årsagerne til selvskade er anderledes for personer med svær selvskade, men heller ingen argumenter for at dynamikken skulle være fundamentalt anderledes for denne gruppe.

5.2 Litteratur

Andover, M.S., Wren, A., Schatten, H.T., Morris, B.W., Shashoua, M.Y. & Holman, C.S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury. Handbook of Adolescent Behavioral Problems - Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment. Second Edition. pp.631-649. Springer Nature.

Christoffersen, M.N., Møhl, B., DePanfilis, D. & Vammen, K.S.. (2015). Non-Suicidal Self-Injury - Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. Child Abuse Negl. 2015 Jun;44:106-16.

Dhingra, K. and Ali, P. (2016). Non-suicidal self-injury: clinical presentation, assessment and management. Nursing Standard, 31 (5). p.p. 42-49. ISSN 2047-9018

Holth, F., Walby, F., Røstbakken, T., Lunde, I., Ringen, P.A., Ramleth, R.K., Room, K.L., Tveit, T., Torgersen, T., Urnes, Ø. & Kvarstein, E.H. (2018) Extreme challenges: psychiatric inpatients with severe self-harming behavior in Norway: a national screening investigation, Nordic Journal of Psychiatry, 72:8, 605-612.

Klonsky, E.D., Victor, S.E., Saffer, B.Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. Can J Psychiatry. 2014 Nov; 59 (11): 565-8.

Lewin, Caroline da Cunha, Mary Leamy og Laura Palmer (2023). How do people conceptualize self-harm recovery and what helps in adolescence, young and middle adulthood? A qualitative meta-synthesis. Journal of Clinical Psychology 80: 39-64.

Lewis, S., Kenny, T., Whitfield, K. & Gomez, J. (2019). Understanding self-injury recovery: Views from individuals with lived experience. J Clin Psychol. 2019 Dec;75(12):2119-2139.

Liu, R. (2023). The epidemiology of non-suicidal self-injury: lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. Psychological Medicine 53, 274–282.

Møhl, B., & Rubæk, L. (2016). Selvskade hos psykiatriske patienter. *Psyke & Logos*, 37(2), 137–158.

Mughal, F., Chew-Graham, C., Babatunde, O., Saunders, B., Meki, A. & Dikomitis, L. (2023). The functions of self-harm in young people and their perspectives about future general practitioner-led care: a qualitative study. *Health Expect.* 2023; 26: 1180-1188.

Ness, J., Hawton, K., Bergen, H., Waters, K., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S. & Clarke, M. (2016). [High-Volume Repeaters of Self-Harm](#). Crisis 2016 37:6, 427-437.

Nielsen, E., Sayal, K. & Townsend, E. (2017). Dealing with difficult days: Functional coping dynamics in self-harm ideation and enactment, Journal of Affective Disorders, Volume 208, 2017, Pages 330-337, ISSN 0165-0327.

Patel, A., Ness, J., Kelly, S., Waters, K., Townsend, E., Kapur, N., Clements, C., Farooq, B., Geulayov, G., Casey, D., & Hawton, K. (2023). The characteristics, life problems and clinical management of older adults who self-harm: Findings from the multicentre study of self-harm in England. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(3).

Slabbert, A., Hasking, P. & Boyes, M. (2018). Riding the emotional roller coaster: The role of distress tolerance in non-suicidal self-injury, *Psychiatry Research*, Volume 269, 2018, Pages 309-315, ISSN 0165-1781.

Stroehmer, R., Edel, M.A., Pott, S., Juckel, G. & Haussleiter, I. (2015). Digital comparison of healthy young adults and borderline patients engaged in non-suicidal self-injury. *Ann Gen Psychiatry* 14, 47.

Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev.* 1998 Aug;18(5):531-54.

Troya, M., Babatunde, O., Polidano, K., Bartlam, B., McCloskey, E., Dikomititis, L. & Chew-Graham, C. (2019). Self-harm in older adults: systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2019;214(4):186-200.

Turner, B., Wakefield, M., Gratz K. & Chapman, A. (2017). Characterizing Interpersonal Difficulties Among Young Adults Who Engage in Nonsuicidal Self-Injury Using a Daily Diary. *Behav Ther.* May;48(3):366-379

World Health Organization (2022). International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2022. MB23.E. Non Suicidal Self-Injury (Sidst besøgt: 06-03-25).

5.3 Del II: Virkningsfulde (socialfaglige) indsatser

I denne del af det målrettede litteraturstudie afdækker vi, hvilke (socialfaglige) metoder og tilgange fra forskningslitteraturen der kan være relevante i arbejdet med borgere, der har svær selvskadende adfærd. I forskningslitteraturen finder vi få til ingen studier, der specifikt beskæftiger sig med socialfaglige indsatser eller tilgange til målgruppen. Det samme gælder antallet af artikler, som specifikt adresserer meget svær selvskadende adfærd. Derfor kigger vi på den bredere litteratur, og inddrager også studier fra psykiatrien og fra det sundhedsfaglige felt.⁸ De metoder, indsatser og faglige tilgange som vi beskriver i det følgende, er derfor ikke nødvendigvis direkte overførbare til en socialfaglig kontekst. I stedet vil de kræve en kontekstmæssig oversættelse og tilpasning. Samtidig understreger fraværet af socialfaglige artikler relevansen af at foretage en sådan oversættelse til det socialfaglige område. Det skyldes, at målgruppen ofte bor på et botilbud eller har bostøtte, hvorfor målgruppen lever deres liv og har sin hverdag inden for en ramme, hvor de modtager socialfaglige støtte.

5.3.1 Generelt om litteraturen på området

Den fremsøgte forskningslitteratur peger på, at der i en årrække har været efterspørgsel på mere sikker viden om effektiv behandling af personer med selvskadende adfærd. Flere forfattere konkluderer, at litteraturen om virkningsfulde indsatser til borgere med selvskadende adfærd befinder sig på et tidligt stadie (Klonsky et al, 2014: 565; Muehlenkamp, 2006: 175). Det skyldes blandt andet, at der ikke findes indsatser, som er udviklet specifikt til at behandle selvskadende adfærd (Andover et al, 2015: 639), hvilket formentligt skyldes, at adfærden forekommer ifm. ved mange forskellige diagnoser, men også blandt mennesker uden diagnoser. Der findes dog indsatser, som rapporterer reduktion i NSSI som en virkning af indsatsen, som ofte er koblet til specifikke diagnoser (Andover et. al., 2015: 639). Det gælder fx dialektisk adfærdsterapi (DAT) i kobling til behandling af borderline. Det betyder, at vi med forskningslitteraturen ikke entydigt kan pege på, hvad de virkningsfulde komponenter i behandlingen af selvskadende adfærd består af, men vi kan se, hvilke indsatser der synes at bidrage til en reduktion i selvskade (Bentley et al., 2017: 632).

Klonsky et al. (2014: 565) og Andover et al. (2015: 632) understreger, at der er sket en stor stigning i antallet af studier, der beskæftiger sig med selvskadende adfærd, hvilket betyder, at vores grundlæggende viden om NSSI er vokset. Der er på nuværende tidspunkt foretaget mange studier om prævalens, former og funktioner af NSSI, ligesom mange af disse studier har været med til at aflive udbredte

⁸ Se afsnit 4.1,1 Udvikling af søgestreng og 4.2 Uddybende overvejelser ift. Søgestreng for yderligere redegørelse for de valg vi har foretaget i forbindelse med søgestrengen

misforståelser koblet til adfærden⁹. Klonsky et al. (2014) peger derfor på, at der er skabt et stort vidensgrundlag om NSSI, men at der fortsat er behov for mere empirisk funderet viden om, hvordan vi bedst muligt behandler adfærden (Klonsky, 2014: 565). Flere af de fremsøgte studier peger derfor på, at der fortsat er behov for mere viden om virksom hjælp til personer med selvskadende adfærd, og udvikling af evidensbaserede interventioner der retter sig direkte mod NSSI (Bentley et al., 2017: 633). Herudover må der tages forbehold for, at store dele af den eksisterende litteratur er baseret på små stikprøver, specifikke subgrupper eller undersøgelsesdesigns, der ikke sammenligner en indsats- og kontrolgruppe. Det gør det sværere at estimere en præcis og sikker effekt af indsatserne (Turner et al., 2014: 578). De fremsøgte artikler indikerer derfor også, at der er tale om et vidensfelt under udvikling, hvor feltet selv kalder på dels (1) et større fokus på udvikling af indsatser, som kan være med til at reducere adfærden, dels (2) behov for viden om, hvad der udgør de virkningsfulde komponenter i sådanne indsatser.

I det følgende vil vi se nærmere på, hvilke indsatser, faglige tilgange og metoder som litteratursøgningen har indfanget. Afsnittet starter med at fokusere på det direkte møde mellem fagperson og borger. I afsnit 5.3.3 vender vi blikket væk fra det direkte møde for at se på nogle af de forhold, der ligger bag arbejdet med målgruppen, herunder bl.a. organisatoriske forhold. Afsnittet afrundes med en opsummering.

5.3.2 Anvendelige metoder, faglige tilgange og indsatser

Fremhævede indsatser i litteraturen med fokus på følelsesregulering, accept og forandring

Af litteraturen fremgår det, at det kun er få indsatser, der er virkningsfulde til at reducere selvskadende adfærd. Flere studier fremhæver særligt dialektisk adfærdsterapi (DAT) (på engelsk Dialectical Behaviour Therapy/ DBT) og Emotional Regulation Group Therapy (ERGT).

Dialektisk adfærdsterapi (DAT)

DAT er oprindeligt udviklet som en indsats til borgere, der lider af borderline personlighedsforstyrrelse, hvor selvskade er et fremtrædende symptom (Muehlenkamp, 2006: 171). I dag anvendes DAT dog flere steder til at adressere selvskade. Indsatsen trækker på flere forskellige indholdselementer, herunder problemløsning, kognitive adfærdsstrategier og mestring, hvor mestring er et af de primære fokusområder i DAT (Muehlenkamp, 2006: 171). Den dialektiske komponent består i, at borgeren skal søge at ændre sig selv og sine tankemønstre, samtidig med at borgeren skal søge at acceptere sig selv og sine udfordringer (Muehlenkamp, 2006:

⁹ Adfærden er fx ikke kun forekommende ved kvinder, men ses også hos mænd, ligesom adfærden ikke handler om at få opmærksomhed, men er et udtryk for mestring.

171). I en dansk kontekst varer et DAT forløb 16-24 uger, mens der i en international sammenhæng er foretaget flere evalueringer af DAT-indsatsen som et forløb af minimum ét års varighed (Møller, 2023; Andover et al., 2015: 640). DAT består både af en gruppeindsats og en individuel indsats med ugentlige sessioner, der forestås af en certificeret terapeut (Andover et al., 2015: 640; Møller, 2023). I den individuelle indsats modtager borgeren individuel terapi, mens der i gruppesessionerne er fokus på færdighedstræning (Møller, 2023). Mellem de individuelle terapisessioner og gruppesessionerne har borgeren mulighed for at spare med og søge vejledning hos en terapeut (Turner et al., 2014: 579).

Resultaterne af DAT indikerer umiddelbart, at indsatsen er relevant i arbejdet med at reducere selvskadende adfærd, men der er en vis usikkerhed og inkonsistens forbundet med resultaterne. Flere studier peger på, at DAT er en lovende indsats, der kan reducere selvskadende adfærd blandt voksne (Andover et al., 2015: 639; Muehlenkamp, 2006: 173). Studier der finder, at DAT er anvendeligt i arbejdet med at reducere selvskade, peger på, at indsatsen virker i op til 6-12 måneder efter, at indsatsen er slut (Turner et al., 2014: 579). I et systematisk review fra 2014 finder forfatterne dog, at kun er to ud af fire studier, der er gennemført som randomiserede kontrollerede forsøg (RCT-studier), finder en signifikant forskel i antallet af episoder med selvskadende adfærd mellem borgere, der hhv. har og ikke har modtaget DAT (Turner et al., 2014: 579). RCT-studier estimerer indsatsens virkning ved at se på forskellen mellem to grupper, der tilfældigt enten har, eller ikke har modtaget DAT. Den tilfældige tildeling af DAT sandsynliggør, at en eventuel effekt kan tilskrives DAT-indsatsen. De RCT-studier der finder, at DAT kan reducere selvskadende adfærd, fokuserer dog på specifikke subgrupper, herunder særligt borger der lider af borderline personlighedsforstyrrelse, som DAT oprindeligt er udviklet til (Andover et al., 2015: 639; Muehlenkamp, 2006: 173). Det gør det usikkert, om resultaterne også vil gøre sig gældende for andre borgere (Andover et al., 2015: 639; Muehlenkamp, 2006: 173). DAT fremhæves som den indsats, som har vist de bedste resultater (Andover et al., 2015: 639), men brugen af DAT diskuteres ofte i forbindelse med NSSI pga. de blandede resultater (Andover et al., 2015: 639).

Emotional Regulation Group Therapy (ERGT)

ERGT, som står for *Emotion Regulation Group Therapy*, fremhæves også i litteraturen som en lovende indsats (Turner et al., 2014: 579; Bentley, 2017: 633). ERGT er en gruppeterapeutisk "tillægsindsats" (dvs. at målgruppen også får en eller flere andre behandlingsindsatser samtidig). Et ERGT-forløb varer 16 uger, og er baseret på antagelsen om, at selvskade er en adfærd, som borgeren bruger til at regulere svære følelser (Dahlberg et al., 2018: 15). Indsatsen fokuserer på at give borgeren en række færdigheder, som vedkommende kan bruge til at regulere sine følelser. Det indebærer opmærksomhed på og accept af svære følelser og tanker, impuls kontrol, skift mellem forskellige følelsesreguleringsstrategier og accept af, at negative følelser kan være en del af meningsfulde hverdagsaktiviteter (Dahlberg et al., 2018: 15). ERGT

trækker på DAT og Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Dahlberg et al., 2018: 16). Derfor er der også flere af fokuspunkterne, der går igen mellem ERGT og DAT. Det indebærer bl.a. fokus på accept, validering og regulering af svære følelser gennem alternative mestringsstrategier, samt kognitive adfærdsstrategier til at undgå uhensigtsmæssige tankemønstre.

Resultaterne af ERGT betegnes som lovende. Resultaterne viser, at personer med selvskadende adfærd der har deltaget i ERGT, er mindre tilbøjelige til at skade sig selv efter indsatsforløbet (Gratz, Tull & Levy, 2014: 2110; Turner et al., 2014: 579). Samme resultater finder man 3 og 9 måneder efter afsluttet ERGT-forløb (Gratz, Tull & Levy, 2014: 2110). 9 måneder efter deltagelse i ERGT har 47% af deltagerne således ikke skadet sig selv (Gratz, Tull & Levy, 2014: 2110). Samtidig viser resultaterne, at ERGT styrker borgernes evner til at regulere deres følelser (Gratz, Tull & Levy, 2014: 2110). Ovenstående viser, at selvskadende adfærd kan reduceres relativt hurtigt (16 uger), og at indsatser der styrker borgerens følelsesregulering, kan have betydning for borgerens selvskadende adfærd, også efter indsatsen er afsluttet (9 måneder) (Turner et al., 2014: 579). Et studie som undersøger en række ERGT deltagers oplevelser af gruppeindsatsen viser desuden, at deltagerne synes bedst om de sessioner, som fokuserer på følelsesbevidsthed og følelsesregulering (Dahlberg et al., 2018: 15).

Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy (MACT)

Udover ERGT og DAT peger litteraturen også på, at Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy (MACT) kan have potentiale til at reducere selvskade blandt målgruppen. I lighed med ERGT og DAT er MACT en indsats, der fokuserer på problemløsning og kognitive adfærdsstrategier, der skal styrke borgerens følelsesregulering (Muehlenkamp, 2006: 169; Andover et al., 2015: 640; Turner et al., 2014: 579). Indsatsen inkluderer individuel terapi, og har foruden de ovennævnte elementer fokus på selvskadens funktion samt forebyggelse af tilbagefald (Andover et al., 2015: 640; Turner et al., 2014: 579). Litteraturen om indsatser til reduktion af selvskade beskriver imidlertid ikke MACT i flere detaljer. Resultaterne for MACT er blandede, men studier finder, at individer der har modtaget MACT, er mindre tilbøjelige til at skade sig selv. Litteraturen peger på, at MACT kan være en lovende indsats, men vurderingen af dens potentiale kræver nærmere undersøgelse (Andover et al., 2015: 640).

Voice Movement Therapy (VMT)

I et review af psykoterapeutiske behandlings virkning på selvskadende adfærd peges der også forsigtigt på indsatsen Voice Movement Therapy (VMT) (Turner et al., 2014: 579). VMT beskrives som en slags kunstterapi, der har til formål at reducere følelsesmæssig dysregulering og øge selvbevidstheden gennem lyd, sang, skrivning, massage, bevægelse og dramaaktiviteter. Resultaterne viser, at borgerne skadede sig selv mindre mens de fik indsatsen (som varede 10 uger), sammenlignet med de foregående 10 uger før indsatsen.

Ovenstående gennemgang af de relativt få behandlingsindsatser - der regnes som lovende, eller potentielt lovende i den fremsøgte litteratur – viser, at deres hovedfokus er at arbejde med følelsesregulering, accept af sig selv og sine følelser samt forandring af den selvskadende adfærd.

Øvrige indsatser med fokus på følelsesregulering

Udover de ovennævnte indsatser nævnes der i den fremsøgte litteratur også andre, mere eller mindre velbeskrevne og evaluerede, indsatser til reduktion af selvskade. Det indebærer blandt andet "mindful emotion awareness" og "cognitive reappraisal" (Bentley et al., 2017). Mindful emotion awareness har et meditativt fokus på at oplære borgeren i praktiske meditative øvelser og i at observere sine følelser uden at dømme dem (Bentley et al., 2017: 635), for på den måde at opnå større indsigt i egne følelser og handlemønstre. Cognitive reappraisal, der direkte oversat til dansk betyder kognitiv genvurdering, fokuserer på at styrke borgerens evne til at genvurdere måden, de tænker, og oplever svære følelser. Dette med henblik på at mindske byrden af disse følelser og oplevelser og derigennem også mindske den selvskadende adfærd (Bentley et al., 2017: 633). Både mindful emotion awareness og cognitive reappraisal består af 4 sessioner af 50-60 minutters varighed, hvis indhold beskrives kort i litteraturen (Bentley et al., 2017: 635). På samme måde som DAT, ERGT og MACT fokuserer disse indsatser på at styrke borgerens følelsesregulering, men modsat de førnævnte foreligger der ikke nogen fyldestgørende afdækning af indsatsernes virkninger på reduktion af selvskade. (Bentley et al., 2017: 635).

Kognitiv omstrukturering fx i form af dagbogsskrivning

Mange borgere med selvskadende adfærd er udfordret af uhensigtsmæssige tankemønstre (Muehlenkamp, 2006: 179). Det indebærer automatiske negative tanker om andre og borgeren selv, herunder egen krop, fremtid samt personlige evner og egenskaber. Borgernes negative tankemønstre og negative kognitive processer er derfor ofte vedligeholdende faktorer ift. borgerens selvskadende adfærd (Muehlenkamp, 2006: 179).

I forlængelse heraf bliver det ofte relevant at fokusere på kognitiv omstrukturering i arbejdet med at reducere borgerens selvskadende adfærd (Muehlenkamp, 2006: 180). Kognitiv omstrukturering handler grundlæggende om at ændre de tankemønstre og negative kognitive processer, der udfordrer borgeren, og øger risikoen for selvskadende adfærd. I konteksten af selvskadende adfærd indebærer det en styrkelse af borgerens selvværd igennem positive tanker om, fx egen krop, evner og fremtid. I takt med at borgerens selvværd bliver større, er forventningen, at borgeren internaliserer opfattelsen af, at selvskade er en uhensigtsmæssig mestringsstrategi (Muehlenkamp, 2006: 180).

Den onlinebaserede indsats Autobiographical Self-Enhancement Training (ASET) forsøger netop at arbejde med kognitiv omstrukturering gennem dagbogsskrivning.

Målet med ASET er bl.a. at øge personens selvværd i en positiv retning og reducere selvskadende adfærd gennem dagbogsskrivning, hvor personer med selvskadende adfærd skal forholde sig positivt til sig selv. Forventningen er med andre ord, at den positive selvrefleksion også vil reducere den selvskadende adfærd.

I et studie af ASET tildeler forfatterne tilfældigt tre forskellige måder at skrive dagbog på til 144 borgere, der har skadet sig selv minimum 2 gange den sidste måned (Hooley et al., 2018: 2-3). De tre forskellige måder at skrive dagbog på er (1) beskrivelse af noget positivt ved dem selv, som fik personen til at føle sig godt tilpas, (2) beskrivelse af noget der havde fyldt eller bekymret i løbet af dagen, eller (3) dagbog med beskrivelser af dagen og hvad de fx havde brugt deres tid på (dvs. faktuelle beskrivelser uden følelsesmæssigt indhold) (Hooley et al., 2018: 2-3). Forventningen til de forskellige måder at skrive dagbog på var, at personerne som skulle forholde sig positivt til sig selv, i højere grad ville opleve en reduktion i selvskadende adfærd og få et mere positivt selvbillede relativt til de to andre grupper (Hooley et al., 2018: 2). Alle tre måder at skrive dagbog på viser sig dog at reducere antallet af episoder med selvskade, men virkningen stopper ved ophør med dagbogsskrivning (Hooley et al., 2018: 7-10). Desuden har ingen af de tre dagbogsmetoder betydning for borgerens motivation for at ophøre med selvskade. Det viser sig også, at deltagerne der skulle skrive noget positivt om sig selv, var den gruppe, der var mindst tilfredse med indsatsen (Hooley et al., 2018: 10). Det tolker forfatterne som udtryk for, at målgruppen har svært ved at forholde sig positivt til sig selv, hvilket igen forventes at kunne forklares med, at målgruppen har et dybt forankret negativt selvbillede (Hooley et al., 2018: 10). Ikke desto mindre viser indsatsen, at dagbogsskrivning har potentiale til at reducere antallet af episoder med selvskade, når borgeren er tvunget til at forholde sig positivt til sig selv (Hooley et al., 2018: 10). Dagbogsskrivning, som en måde at arbejde med kognitiv omstrukturering, fremhæves derfor som en potentiel virkningsfuld metode til at reducere selvskadende adfærd og selvkritik.

Studiet viser desuden, at onlinebaserede og lettilgængelige indsatser potentielt kan være virkningsfulde til at reducere selvskadende adfærd, ligesom det er væsentligt at rette fokus mod målgruppens selvbillede og arbejde henimod et mere positivt selvbillede, og hermed opnå en større accept af sig selv i lighed med de øvrige beskrevne indsatser.

Fokus på problemfokuseret mestring

I litteraturen på området fremhæves det generelt, at det er væsentligt at adressere de følelser, der ligger bag den selvskadende adfærd fremfor at fokusere på selvskaden i sig selv (Muehlenkamp, 2006: 178; Turner et al., 2014: 581; Gratz, Tull & Levy, 2014: 2100; Dahlberg et al., 2018: 15; Andover et al., 2015: 639; Morris et al., 2015: 125; Lewis et al., 2019: 2136).

Dette fokus ses desuden også, i indsatserne vi netop har gennemgået ovenfor. I forlængelse af denne pointe fremhæves "problemfokuseret mestring" i den fremsøgte litteratur, som en relativt mere virkningsfuld 'mestringsstrategi-type' end fx undgåelse eller såkaldt "negativ erstatningsadfærd", der ikke forholder sig til fx følelserne bag adfærden (Turner et al., 2019: 1343; Andover et al., 2015: 643). I den forbindelse peger litteraturen på ineffektiviteten af replikationsstrategier, der søger at replicere selvskade i ufarlige former, som fx at tegne på kroppen, lave smæk fra spændt gummibånd om håndled el. (Andover et al., 2015: 641). Replikationsstrategiers betydning for reduktion af selvskade er endnu ikke veldokumenterede, men som følge af strategiernes manglende adressering af de forhold der ligger bag borgerens selvskade, forventes disse strategier ikke at have en reel indvirkning på reduktion af selvskade, særligt ikke i et længerevarende perspektiv. Hvis replikationsstrategier anvendes, anbefales det alene at være i korte perioder, ligesom de bør suppleres af problemfokuserede mestringsstrategier (Andover et al., 2015: 641, 643).

De ovenfor gennemgåede indsatser (DAT, ERGT m.fl.) fokus på følelsesregulering kan derfor ses som problemfokuseret mestring, idet indsatserne netop søger at styrke borgerens evne til at regulere svære følelser og tanker, der ofte ligger bag selvskadende adfærd. I overensstemmelse med de ovenstående indsatser fokus på følelsesregulering finder Turner et al. (2019), at problemfokuseret mestring kan reducere borgerens risiko for at reagere på tanker om og trang til selvskade (Turner et al., 2019: 1342). Turner et al. (2019) fremhæver derfor, at det er væsentligt, at borgerne opøver alternative mestringsstrategier eller problemløsningsfærdigheder til at modstå NSSI-tanker og trang. Denne konklusion drager Turner et al. (2019) på baggrund af et studie, hvor forfatterne undersøger virkningen af forskellige "typer" af mestringsstrategier, (1) problemfokuseret mestring, (2) undgåelse og (3) social støtte.

Undgåelsesstrategier har fokus på, at borgeren undlader at forholde sig til tankerne om og trangen til selvskade, når de opstår. Derimod skal social støtte forstås som det forhold, at borgeren fx har nogen at snakke med udfordringer eller følelser om, fået hjælp eller anerkendelse fra nogen, eller har mødt omsorg og forståelse (Turner et al., 2019: 1335-1336).

Selvom resultaterne ikke er helt entydige (særligt ikke ift. betydningen af social støtte, som formentligt kun har en kortvarig virkning), så udmærker problemfokuseret mestring sig ved at være den mest virkningsfulde mestringsstrategi til at afstå fra at handle på tanker og trang til NSSI, relativt til undgåelse (Turner et al., 2019: 1342-1343). Dette fund stemmer overens med, at det kan være problematisk, og i værste fald medføre flere episoder med selvskade, hvis en person opfordres til at stoppe adfærden uden først at have opøvet alternative mestringsstrategier (Morris et al., 2015: 125).

Skadesreduktion

I lighed med pointen ovenfor viser den fremsøgte litteratur, at eliminering af muligheden for at anvende selvskade kan være traumatiserende for borgeren, hvis vedkommende ikke har andre effektive og velkendte mestringsstrategier til rådighed (Lewin et al., 2023: 58). Det skyldes at borgeren kender, og som regel er afhængig af selvskaden til at mestre sine svære følelser og tanker, og ofte betragter adfærden som en "*gammel ven*" (Lewin et al., 2023: 58, 52-53). Hvis borgerens mulighed for at anvende adfærden bliver fjernet, er der risiko for, at borgeren føler skam, og får et lavere selvværd. Dette er forhold, som øger risikoen for at skade sig selv (Lewin et al., 2023: 58).

I stedet for at fjerne muligheden for at anvende selvskade (fx ved at fjerne sakse, knive og lign.) eller bebrejde borgeren for at have anvendt selvskade peger litteraturen på, at det er relevant at fokusere på *harm reduction* eller på dansk "skadesreduktion" (Lewin et al., 2023: 58). Skadesreduktion kan i denne sammenhæng indebære, at de ting der er særligt farlige at skade sig selv med, som fx rustne eller sløve barberblade, fjernes, mens, fx rene barberblade ikke bliver fjernet (Lewin et al., 2023: 58). Skadesreduktion kan også indebære oplæring i behandling af sår fra selvskade (Lewin et al., 2023: 58).

Skadesreduktion er baseret på anerkendelsen af, at recovery fra selvskade netop ikke er en lineær proces, men at borgeren fra tid til anden i løbet af sin recovery formentlig kommer til at tage fat i selvskaden igen (Lewin et al., 2023: 55). Ved at reducere særligt farlig eller livstruende adfærd er forventningen, at der kan skabes bedre mulighed for at støtte borgeren i arbejdet med at reducere selvskade. Formålet med skadesreduktion er således at gøre recovery-processen mere sikker og mindre traumatiserende for borgeren (Lewin et al., 2023: 58).

Det er vigtigt at bemærke, at skadesreduktion ikke skaber recovery i sig selv, men at det skal suppleres af anden behandling og støtte, som fx opøvelse i mere hensigtsmæssige og problemfokuserede mestringsstrategier, der adresser de forhold, som ligger bag selvskaden (Lewin et al., 2023: 58).

Betydningen af en trinvis tilgang til reduktion af selvskadende adfærd

I de foregående afsnit har vi beskrevet, hvilke forhold der med fordel kan gives opmærksomhed i en indsatsmæssig sammenhæng. I dette afsnit beskriver vi betydningen af, at der etableres en terapeutisk alliance eller en tillidsfuld samarbejdsrelation¹⁰ mellem borger og fagperson og betydningen af at arbejde trinvist med at reducere selvskadende adfærd.

¹⁰ Denne pointe gør sig formentligt gældende i alt socialt- og behandlingsarbejde.

I relation til selvskadende adfærd fremhæver Muehlenkamp (2006), at en god terapeutisk alliance i sig selv kan have en reducerende virkning på borgerens selvskadende adfærd. En god terapeutisk alliance bør derfor betragtes som det første vigtige skridt i arbejdet med målgruppen (Muehlenkamp, 2006: 177). Muehlenkamp (2006) fremhæver dog også, at det kan være udfordrende at danne en terapeutisk alliance eller en tillidsfuld relation, fordi mennesker, der skader sig selv, ofte har svært ved at danne tætte tillidsfulde relationer, og kan have svage interpersonelle kommunikationsfærdigheder (Muehlenkamp, 2006: 176, 181; se også Høgenhaugen et al., 2024: 10).

For at opbygge en tillidsfuld relation er det derfor centralt, at medarbejderen søger at forstå og anerkende borgerens situation og smerte samt være nysgerrig på, hvorfor vedkommende skader sig selv og ikke mindst, hvad der evt. kan hjælpe på at reducere adfærden (Morris et al., 2015: 131; Lewin et al., 2023: 58; Muehlenkamp, 2006: 177; Andover et al., 2015: 642). Forudsætningen for dette arbejde er, ifølge Muehlenkamp (2006), at medarbejderen får skabt et trygt og støttende miljø, hvor der er plads til at borgeren kan reflektere over og dele de svære tanker og følelser, som vedkommende kæmper med. Lykkes dette vil borgeren forhåbentligt opleve sig set, hørt og forstået. Fagpersonen kan med fordel udtrykke, at de forstår borgerens selvskade som en funktionel adfærd og en for borgeren meningsfuld mestringsstrategi (Muehlenkamp, 2006: 177). Det indebærer også at anerkende borgerens smerte og udfordringer uden at være dømmende.

Studier der tager direkte afsæt i borgernes egne perspektiver, viser også, at målgruppen foretrækker en omsorgsfuld og ikke-dømmende tilgang (Morris et al., 2015: 130). Litteraturen peger også på, at målgruppen værdsætter, at relationen til medarbejderen får karakter af, at de er et "team" (frem for en ekspert og et subjekt), da det bidrager til en ligeværdig relation (Muehlenkamp, 2006: 177; Dahlberg et al., 2018: 21). Ligeledes peger målgruppen på, at det er hjælpsomt, når fagpersonerne i højere grad validerer deres bestræbelser på at reducere adfærden fremfor at tilskynde til at ophøre adfærden. Det kan være med til at mindske følelsen af skam for borgeren, hvis de genoptager adfærden, eller ikke ophører fuldstændigt med den (Lewin et al., 2023: 58). Muehlenkamp (2006) argumenterer for en trinvis tilgang til arbejdet med at reducere selvskadende adfærd i samarbejde med borgeren, hvori (1) dannelsen af en god terapeutisk alliance er det første skridt af fire (og dermed en grundlæggende forudsætning for de øvrige trin).

Herefter følger (2) en funktionel adfærdsanalyse, som bidrager til at forstå mønstre i de udløsende faktorer, og hvilke følelsesmæssige tilstande som adfærden er koblet til. Her er det centralt, at fagperson og borgeren samarbejder om at identificere de forhold, der fører til, og vedligeholder borgerens selvskadende adfærd. Den funktionelle adfærdsanalyse afdækker både kognitive, miljø- og følelsesmæssige mønstre, som borgeren forbinder med sin selvskade (Muehlenkamp, 2006: 178). Ved i fællesskab at afdække, hvad der ligger bag den enkelte borgers selvskade, får

borgeren og medarbejderen i fællesskab bedre mulighed for at identificere, hvilke værktøjer eller indsatser som borgeren kan få mest gavn af (Muehlenkamp, 2006: 178). Med andre ord bliver det nemmere at sammensætte en mere målrettet støtte eller behandling til borgeren, når der er en fælles forståelse af, hvad der ligger bag selvskaden.

Forståelse af konteksten for adfærden er nødvendig for efterfølgende at kunne målrette arbejdet med (3) alternative mestringsstrategier, som kan være med til at reducere den selvskadende adfærd. Arbejdet med såkaldte adfærdsmæssige interventioner er således det tredje skridt i arbejdet, som handler om at identificere alternative mestringsstrategier, som kan sættes i stedet for selvskadende adfærd. Samtidig med, at der arbejdes med alternative mestringsstrategier, er det væsentligt at arbejde med (4) kognitiv rekonstruktion, som kan være med til at ændre personers negative selvbillede og tankemønstre i en mere positiv retning (Muehlenkamp, 2006: 176-180). I arbejdet med at lave en målrettet støtte eller behandling til den enkelte borger er det desuden relevant at tage udgangspunkt i den enkelte borgers kultur, værdier samt forståelse for selvskade og recovery (Lewin et al., 2023: 41). For nogle borgere er recovery lig med et totalt selvskadestop, mens det for andre i højere grad er en løbende non-linear proces, hvor adfærden måske ikke ophører, men bliver reduceret (Lewin et al., 2023: 55). Ved at tage højde for borgerens egen forståelse af selvskade, og hvad recovery betyder for dem, vil borgeren forhåbentlig også synes om støtten og se den som meningsfuld.

Selvom den trinvis tilgang kan virke relativt simpel, er det væsentligt at understrege at borgere med selvskadende adfærd er en kompleks og meget heterogen målgruppe (Muehlenkamp, 2006: 180; Høgenhaugen et al., 2024: 10). Derfor er det også forskelligt fra borger til borger, hvilke følelser og tanker, der konkret ligger bag den selvskadende adfærd. Som følge heraf er der ikke én standardiseret indsats, der kan reducere adfærden for alle borgere, fordi indsatsen netop kræver individuel tilpasning (Høgenhaugen et al., 2024: 2; Møhl & Rubæk, 2016: 139-141; Muehlenkamp, 2006: 180). En dybdegående forståelse for borgeren og borgerens situation skal derfor ses som grundlaget for at kunne etablere en individuelt målrettet og forhåbentlig virkningsfuld støtte til borgeren.

5.3.3 Forhold "bag" fagpersonernes møde med borgeren

Betydningen af organisering samt en fælles koordineret og ensartet tilgang til målgruppen

Mens vi i det ovenstående har fokuseret på, hvordan fagpersoner med fordel kan tilgå arbejdet med at reducere selvskadende adfærd i mødet med borgeren, vil vi nu rette blikket mod 'systemet' bag fagpersonerne. Det skyldes, at litteraturen også peger på, at organisering, herunder bl.a. faglige rum for sparring og supervision, etablering af en fælles koordineret og ensartet faglig tilgang til målgruppen er betydningsfuldt ifm.

arbejdet med målgruppen – fx ift. at medarbejderne oplever psykologisk tryghed (Rovik, 2007: 37).

Målgruppen af svært selvskadende borgere beskrives generelt som en af de mest udfordrende patientgrupper at forstå og behandle. Målgruppens kompleksitet kan fremkalde markante - og for målgruppen uhensigtsmæssige - reaktioner hos fagpersonerne omkring dem (Rovik, 2007: 36). Mange borgere har derfor også oplevet at blive mødt med en stigmatiserende eller nedladende attitude fra fagpersoner (Dahlberg et al., 2018: 23; Morris et al., 2015: 129; Møhl & Rubæk, 2016: 141).

Manglende forståelse af selvskadende adfærd, som funktionel adfærd, og herunder viden om, hvorfor borgeren har behov for adfærden, samt hvilke indsatser og greb, der er anvendelige til at arbejde med adfærden, kan risikere at afføde stærke følelsesmæssige reaktioner hos fagpersonen (Møhl & Rubæk, 2016: 141-142; Høgenhaugen et al., 2024: 10). Derfor kan mødet med borgere, der anvender særligt voldsom eller vedvarende selvskadende adfærd give fagpersonen følelser af afmagt, angst, frustration og utilstrækkelighed i deres arbejde med målgruppen (Møhl & Rubæk, 2016: 141). Disse forhold risikerer at resultere i uhensigtsmæssige tilgange og en suboptimal støtte til borgere i målgruppen (Møhl & Rubæk, 2016: 141). Det kan fx indebære over- eller underinvolvering, overdreven overvågning af borgeren, forråelse i form af nedladende sprogbrug eller tvang, der kan være yderligere traumatiserende for borgeren, og som desuden ikke adresserer selvskadens bagvedliggende forhold (Møhl & Rubæk, 2016: 142; Morris et al., 2015: 129-130; Lewin et al., 2023: 58). Når borgeren møder medarbejdere med en stigmatiserende eller nedladende attitude, stiger risikoen for, at borgeren udvikler sværere selvskade, og afholder sig fra at opsøge hjælp i fremtiden (Morris et al., 2015: 130). Litteraturen fastslår, at dette er et stort opmærksomhedspunkt i arbejdet med målgruppen. Som vi har afrapporteret ovenfor, beskrives manglende forståelse for selvskadende adfærd som funktionel adfærd som et væsentligt sted at starte for at imødekomme dette problem. Det tolker vi som et udtryk for, at opkvalificering af medarbejdere, der arbejder med målgruppen, er essentielt for en virkningsfuld indsats.

I et studie fra 2007 som undersøger de dilemmaer og problematikker, der kan være forbundet med at arbejde med målgruppen (i kontekst af medarbejdere på en psykiatrisk afdeling i Norge), finder Rovik, at der blandt fagpersonerne hersker forskelligartede opfattelser af, hvorfor selvskade opstår, og hvilke værktøjer der er anvendelige i arbejdet med at reducere den (Rovik, 2007: 37). Det betyder dels, at der kan blive skabt splittelse blandt personalet ift. hvordan den bedst mulige indsats sammensættes, dels at medarbejderne kan være i tvivl om, hvorvidt deres indsats er den mest hensigtsmæssige for borgeren. Roviks pointe er derfor, at det er væsentligt både med opkvalificering af medarbejderne, samt at opnå en fælles koordineret og ensartet faglig tilgang i arbejdet med målgruppen på organisatorisk niveau (Rovik, 2007: 37). Det kommer dels målgruppen til gavn, men gavner også fagpersonerne, fordi det vil imødekomme nogle af de udfordringer og den usikkerhed samt frygt, der

kan være forbundet med at arbejde med målgruppen (særligt ift. hvad borgerne kan finde på at gøre ved sig selv).

Herudover peger litteraturen generelt på, at medarbejdere som arbejder med målgruppen, har behov for supervision, ift. at kunne drøfte og reflektere over, hvad fx egne følelser og intolerance betyder for behandlingen, og hvordan det påvirker behandlingen og personen som selvskader (Møhl & Psykiatrifonden, 2006).

I psykiatrien i Region Nordjylland har Høgenhaugen et al. (2024) arbejdet med at integrere tænkningen og centrale redskaber, som kobler sig til den adaptive mentaliseringsbaserede model AMBIT, som et wrap around (dvs. et tillæg) til behandlingen af borgere med svær selvskadende adfærd, som behandles med mentaliseringsbaseret adfærdsterapi (MBT). AMBIT¹¹ (Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment) er en rammetænkning omkring et teambaseret arbejde målrettet komplekse målgrupper, som er svære at komme i samarbejde med, hvor der typisk er involveret mange forskellige professionelle, fordi enkelte tilbud eller indsatser sjældent er tilstrækkelige, og hvor der er høj bekymring for den pågældendes trivsel. AMBIT udgør derfor en rammetænkning omkring en samarbejdsform, der i anvendelsen kræver, at man udvikler, oversætter og implementerer tænkningen ind i et specifikt arbejdsfelt, hvilket Høgenhaugen et al. (2024) i dette tilfælde har gjort i forbindelse med (MBT-)behandlingen af selvskadende adfærd.

Det centrale grundbegreb i AMBIT er mentalisering (Høgenhaugen et al., 2024: 3). Mentalisering er den aktive proces, hvor mennesker søger at forstå sig selv og hinanden, herunder særligt de mentale stadier og processer vi hver især gennemgår (Høgenhaugen et al., 2024: 2; Bateman & Fonagy, 2010). I Danmark er mange professionelle aktører vant til at tænke og arbejde mere eller mindre systematisk med mentalisering i mødet med borgeren, men det som AMBIT især hjælper professionelle med, er opmærksomheden på at arbejde med netværket, teamet og læringsprocesser ligeledes kræver en mentaliseringsbaseret indsats fra de professionelle. Høgenhaugen et al. (2024) understreger derfor, at ledelsesopbakning til at sikre prioritering af arbejdet med netværket og teamet omkring borgeren (som er med til at kvalificere behandlingen), er helt centralt. Arbejdet foregår gennem en key-worker (i dette tilfælde borgerens individuelle MBT-terapeut). Key-workeren holder tråd i, og forbinder borgerens behandling på tværs af aktører og kontekster, ligesom key-workeren arbejder på at forbinde de forskellige opfattelser og perspektiver der måtte være af borgerens situation på tværs af aktører og kontekster. Forfatterne fremhæver i den forbindelse flere konkrete greb, som AMBIT tilbyder, der kan være virksomme til at opnå en fælles forståelse samt en koordineret og ensartet

¹¹ AMBIT er en adaptiv mentaliseringsbaseret rammetænkning udviklet af Anna Freud Centeret i London

tilgang til borgeren. Disse handler bl.a. om at sikre en effektiv struktur for sparring og sagsgennemgang ("thinking together") og synliggørelse af de forskellige perspektiver, der måtte være på borgerens situation ("disintegration grid"). Forfatterne beskriver således AMBIT som en rammemodel, der kan være med til at give sprog og værktøjer til det tværprofessionelle samarbejde (Høgenhaugen et al., 2024: 4-5).

Høgenhaugen et al. (2024) afrapporterer fundene fra et single-case-studie, dvs. fra én persons MBT-behandling i psykiatrien, som er struktureret med AMBIT-rammetænkningen. Studiet viser lovende resultater. Borgeren rapporterede svær selvskadende adfærd inden opstart i indsatsen (og i løbet af de første tre måneder af indsatsen), men efter 9 måneder i indsatsen har borgeren ikke længere nogen selvskadeepisoder. Hertil kommer andre positive virkninger som fald i anvendelsen af tvang og indlæggelser i psykiatrien (Høgenhaugen et al., 2024: 7). Forfatterne tillægger AMBIT denne forskel, og deres håb er at andre vil forsøge sig med AMBIT-tilgangen i behandlingen af selvskadende adfærd (Høgenhaugen et al., 2024: 11).

5.3.4 Opsummering

I denne del har vi undersøgt, hvilke virkningsfulde indsatser, faglige tilgange og metoder til arbejdet med målgruppen af borgere med selvskadende adfærd forskningslitteraturen peger på. Vi finder ingen enkeltstående selvskadespecifikke indsatser, hvilket skyldes, at adfærden forekommer i mange sammenhænge blandt mennesker med og uden diagnoser. DAT og ERGT beskrives i forskningslitteraturen som lovende indsatser, der kan være med til at reducere selvskadende adfærd. Herudover finder vi også andre, der potentielt kan være virkningsfulde i arbejdet med målgruppen, herunder MACT, VMS, mindful emotion awareness og cognitive reappraisal (Andover et al., 2015: 639-640; Muehlenkamp, 2006:169, 173; Turner et al., 2014: 579; Bentley, 2017: 633). Indsatserne har alle til fælles, at de fokuserer på at styrke borgerens følelsesregulering og accept af sig selv. Ved at påvirke disse forhold i en mere positiv retning er forventningen, at den selvskadende adfærd kan reduceres.

I forlængelse heraf fremhæves det generelt i den fremsøgte litteratur, at det er væsentligt, at indsatser til målgruppen fokuserer på de følelser, der ligger bag den enkeltes selvskadende adfærd fremfor at fokusere på selvskaden i sig selv. I arbejdet med målgruppen anbefales det derfor at arbejde med såkaldt problemfokuseret mestring, fordi denne type mestring adresserer de bagvedliggende forhold, som er udløsende og vedligeholdende for adfærden.

Det kan desuden være relevant at arbejde med skadesreduktion, som indebærer en erkendelse af, at det ikke er et realistisk scenarie for borgeren at ophøre med den selvskadende adfærd med det samme (Lewin et al., 2023: 58). Skadesreduktion indebærer at gøre det mere sikkert og mindre traumatiserende for borgeren at skade

sig selv. Det kan fx indebære at lave aftaler om, hvordan borgeren fx kan skade sig selv på en mere sikker måde (fx ved hjælp af rene barberblade eller lignende).

For at kunne få "adgang" til at arbejde med målgruppen er det væsentligt med en trinvis fremgangsmåde (Muehlenkamp, 2006). Først og fremmest er det væsentligt, at der (1) etableres en god terapeutisk alliance, eller en tillidsfuld samarbejdsrelation mellem fagperson og borger. Først herefter kan arbejdet med at (2) udarbejde en funktionel adfærdsanalyse begynde. Forståelsen af mønstre og de udløsende faktorer for adfærden er en forudsætning for, at (3) kunne arbejde målrettet med at identificere og opøve alternative mestringsstrategier til den selvskadende adfærd. Samtidig er det væsentligt at arbejde med (4) kognitiv rekonstruktion, som kan være med til at ændre borgerens negative selvbillede og tankemønstre i en mere positiv retning

Litteraturen viser også, at fagpersonerne er afhængige af at have et system i ryggen, som sætter dem i stand til at etablere en god terapeutisk alliance til borgeren. Et sådant system forudsætter en organisering og ledelse, som prioriterer systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring. Samtidig peger litteraturen på, at en fælles koordineret og ensartet faglig tilgang til målgruppen er betydningsfuld, og kan være med til at sikre, at medarbejderne fx oplever mere psykologisk tryghed i arbejdet med målgruppen. Denne del af litteraturen er desuden med til at understrege, at arbejdet med at reducere selvskadende adfærd ikke blot foregår i mødet med borgeren, men at dette arbejde skal kvalificeres af arbejdet rundt om mødet med borgeren, fx i arbejdet med netværket og teamet af medarbejdere omkring borgeren (Høgenhaugen et al., 2024).

5.4 Litteratur

Andover, Margaret S., Abigail Wren, Heather T. Schatten, Blair W. Morris, Marguerite Y. Shashoua og Caroline S. Holman (2015). Non-Suicidal Self-Injury, s. 631-648 i Gullotta, Thomas P., Robert W. Plant og Melanie A. Evans, *Handbook of Adolescent Behavioral Problems – Evidence-based Approaches to Prevention and Treatment*. 2. Udgave. New York: Springer.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15.

Bentley, Kate H., Matthew K. Nock, Shannon Sauer-Zavala, Bernard S. Gorman & David H. Barlow (2017). A Functional Analysis of Two Transdiagnostic, Emotion-Focused Interventions on Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85 (6): 632-646.

Dahlberg, Anna, Elin Wetterberg, Lars-Gunnar Lundh & Hanna Sahlin (2018). Experiences of Change in Emotion Regulation Group Therapy. A Mixed-Methods Study of Six Patients. *Journal for Person-Oriented Research* 4 (1): 15-28.

Gratz, K. L., M.T Tull & R. Levy (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine* 2014 (44): 2099–2112.

Hooley, Jill M., Kathryn R. Fox, Shirley B. Wang og Anita N. D. Kwashie (2018). Novel online daily diary interventions for nonsuicidal self-injury: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2018 (18): 1-11.

Høgenhaugen, Stine Steen, Marie Skaalum Bloch, Stefan Lock Jensen, Anne Vingaard Olesen og Gry Kjærdsdam Telléus (2024). Mentalising severe self-harm: A longitudinal single case study of an add-on AMBIT program. *Counselling and Psychotherapy Research* 2024: 1-13.

Klonsky, David E., Sarah E. Victor og Boaz Y Saffer (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *The Canadian Journal of Psychiatry* 59 (11): 565-568.

Lewin, Caroline da Cunha, Mary Leamy og Laura Palmer (2023). How do people conceptualize self-harm recovery and what helps in adolescence, young and middle adulthood? A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Psychology* 80: 39-64.

Morris, Charlotte, Jane Simpson, Mark Sampson og Frank Beesley (2015). Emotion and Self-Cutting: Narratives of Service Users Referred to a Personality Disorder Service. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 22: 125-132.

Muehlenkamp, Jennifer J. (2006). Empirically Supported Treatments and General Therapy Guidelines for Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Mental Health Counseling* 28 (2): 166-185.

Møhl, B., & Psykiatrifonden. (2006). At skære smerten bort: En bog om cutting og anden selvskadende adfærd (1. udgave ed.). København: PsykiatriFonden.

Møhl, Bo og Lotte Rubæk (2016). Selvskade hos psykiatriske patienter. *Psyke & Logos* 37: 137-158.

Rovik, Anne Marie (2007). Selvskading og miljøterapi. *Vård I Norden* 27 (84): 35-40.

Turner, Brianna J, Sara B. Austin og Alexander L. Chapman (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry* 59 (11): 576-585.

Turner, Brianna J., Sebastian Baglole, Alexander L. Chapman og Kim L. Gratz (2019). Experiencing and Resisting Nonsuicidal Self-Injury Thoughts and Urges in Everyday Life. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49 (5): 1332-1346.

Møller, S. (2023): Dialektisk Adfærdsterapi. [Dialektisk Adfærdsterapi \(DAT\) | social.dk](#) (tilgået d. 17.02.2025)

6 Fund fra den grå litteratur

I denne del af rapporten vil vi præsentere vores fund fra den "grå" litteratur, det vil sige alle de mange erfaringer fra praksis, som er offentliggjorte, men ikke peer-reviewed, og som derfor ikke kunne indfanges i den målrettede afdækning af forskningslitteraturen. Vi afdækker både dansk, svensk og norsk praksis ift. arbejdet med at reducere svær selvskadende adfærd hos borgerne. Vi har valgt at inkludere litteratur, som omhandler anbefalinger til arbejde med at reducere selvskadende adfærd generelt, selvom vores målgruppe er voksne med "svær selvskadende adfærd". Det har vi valgt, fordi mange af kilderne behandler alvorlighedsgraden under de generelle anbefalinger og fordi meget af den viden, der indsamles generelt, bliver appliceret på området for svær selvskade alligevel. Derudover tager meget af grå litteratur udgangspunkt i psykiatrien, som bl.a. har arbejdet systematisk med at udarbejde fælles strategier for, hvordan målgruppen bør forstås og behandles.

Med de to ovennævnte forbehold vil vi med udgangspunkt i den grå litteratur skabe et overblik over, hvilke tilgange der eksisterer til borgere med svær selvskadende adfærd, i en skandinavisk kontekst i dag. Dette vil være en del af vores vidensgrundlag, når vi udformer vores anbefalinger til det socialfaglige område.

6.1 Danske erfaringer og praksis

6.1.1 Region Sjælland – Fællesstrategi til håndtering af selvskade

Psykiatrien i Region Sjælland har udviklet en "*fællesstrategi til håndtering af selvskade*". Strategien er udviklet af en ekspertgruppe bestående af 16 eksperter, to tovholdere og en vicedirektør fra psykiatrien. De 16 eksperter går på tværs af afdelinger, specialer og sektorer. Der er fx én ekspert fra politiet, tre eksperter fra kommunernes botilbud og socialpsykiatri, én socialsygeplejerske og flere til (Psykiatrien Region Sjælland, 2025a). Denne ekspertgruppes arbejde har derfor udbredningspotentiale, der strækker sig udover psykiatrien, men også til somatikken og ikke mindst til socialområdet. Et af formålene med fællesstrategien er, at "*personalet i det kommunale regi kan finde inspiration via fællesstrategien til at hjælpe borgere med selvskadende adfærd*" (Psykiatrien Region Sjælland, 2025b). Af denne grund har vi valgt at fremhæve Region Sjællands fællesstrategi, idet der synes at være potentiale til at bygge videre ind i socialområdet.

Som baggrund for fællesstrategien definerer Region Sjælland selvskade som: "*Ikke-suicidal selvskade er en socialt uacceptabel handling, der udføres i en psykisk ustabil tilstand, som medfører vævsskade, som gentages og som ikke udføres med suicidal intention*" (Psykiatrien Region Sjælland, 2025b). Regionen skriver desuden, at selvskade ofte er en mestringsstrategi for patienterne, og at det ofte bruges som følelsesregulerende, hvor selvskaden er en måde at håndtere svære følelser

(Psykiatrien Region Sjælland, 2025b). Den funktionelle forståelse af selvskade synes dermed at være i overensstemmelse med den fremhævede forskning, som vi gennemgik under "Del I: Viden om målgruppe" i forskningsafdækningen. Hertil peger psykiatrien i Region Sjælland på, at de er bevidste om, at nogle mennesker bliver afhængige af selvskaden, og at man derfor ikke kan fjerne selvskaden fra dem uden at arbejde med at sætte noget andet i stedet. Derfor fremhæves det som vigtigt, at man som fagperson anerkender og validerer, at selvskaden har en funktion for den pågældende borger (Psykiatrien Region Sjælland, 2025b).

På baggrund af ekspertgruppens arbejde er der blevet etableret en fællesstrategi for psykiatrien i Region Sjælland for arbejdet med at reducere selvskade (Psykiatrien Region Sjælland, 2025b), og herunder er der også udviklet en app (kaldet SAFE) (Psykiatrien Region Sjælland, 2025c) og udviklet "selvskadens 10 interventioner" (Psykiatrien Region Sjælland, 2025d). På baggrund af dette arbejde er der fire tovholdere og en faglig koordinator af konceptet, som sikrer implementeringen af indsatsen, tilbyder undervisning og kompetenceudvikling i psykiatrien i Region Sjælland, samt rådgivning til både psykiatrien, somatikken og kommunale tilbud i Region Sjælland (Psykiatrien Region Sjælland, 2025f).

"Selvskadens 10 interventioner" er en formulering af fundamentet for fællesstrategien, og netop disse interventioner kan anvendes i psykiatrien, somatikken og på det kommunale område. De 10 interventioner består af:

- Forståelse af selvskade
- Hjælp og støtte
- Nærvær og nysgerrighed
- Kontekstskifte og fokusflyt
- Gensidigt samarbejde
- Undgå tvang – gør noget andet
- Sanseintegration
- Kædeanalyse
- Selvskadens mellemrum
- Recovery

(Psykiatrien Region Sjælland, 2025d).

På tværs af de 10 interventioner uddybes det, at noget af det vigtigste i arbejdet med at reducere selvskade er at sætte sig ind i den individuelle persons selvskadende adfærd og ikke mindst, hvad der ligger bag personens selvskade. Det ses både ved den første intervention, der handler om at forstå, at selvskade ofte bruges som en mestringsstrategi og ikke falde i fælden med den gamle myte om, at selvskade er noget man gør for at få opmærksomhed. For at kunne hjælpe en person med selvskadende adfærd må man altså anerkende, at adfærden er en mestringsstrategi,

som nogle borgere bruger til at håndtere svære følelser. Disse svære følelser går ikke væk ved at fjerne muligheden for selvskade. Der skal sættes noget andet i stedet for, og derfor uddybes det i den anden intervention, at fagpersonen skal hjælpe og støtte den selvskadende med at finde alternative mestringsstrategier til at håndtere de svære følelser. De resterende interventioner kommer blandt andet ind på anbefalinger som at være tålmodig og ikke sætte urealistiske krav til borgeren med selvskade. Derudover anbefaler Psykiatrien i Region Sjælland også at iværksætte sanseintegration, fx i form af redskaber som kugledyne, arbejde med lyd og musik eller noget andet sanseligt, der vil kunne afhjælpe/aflade den selvskadende adfærd. Slutteligt anbefaler Psykiatrien i Region Sjælland at støtte personen med selvskadende adfærd i de tilbagefald, der er på vejen mod recovery og fokusere på at skabe det bedst mulige liv for personen – med eller uden symptomer.

Disse 10 interventioner indgår i retningslinjerne for arbejdet med selvskade i psykiatrien i Region Sjælland, hvorved de bliver handlingsangivende for praksis. Derudover har Region Sjælland også udviklet appen SAFE, som blandt andet kan bruges til at afsøge alternative mestringsstrategier og til at blive inspireret til beroligende handlemuligheder. Appen kan også bruges af pårørende til personer med selvskadende adfærd, hvor de kan lære at forstå selvskade bedre (Psykiatrien Region Sjælland, 2025c). Derudover har Region Sjælland som en del af fællesstrategien for håndtering af selvskade også udarbejdet informationsfoldere og podcast til patienter og personale, som tilbyder en lettilgængelig forståelse af, hvordan man kan forstå selvskadende adfærd og forholde sig til den. Materialerne er frit tilgængelige, og kan findes på Region Sjællands hjemmeside (se for eksempel Psykiatrien Region Sjælland (2025e)).

Region Sjællands fællesstrategi til håndtering af selvskade er udarbejdet med inspiration fra evidens og viden om *best practice* i arbejdet med at reducere selvskadende adfærd. Inspirationen kommer særligt fra Safewards¹², lovende resultater fra recovery-litteraturen, og i den forbindelse særligt Phil Barkers tidevandsmodel (The Tidal model), som giver konkrete anvisninger til hvordan fagpersoner (i denne kontekst psykiatrisk personale) kan støtte patienter i at komme sig over alvorlige psykiatriske lidelser. Herudover har Region Sjælland fundet inspiration til fællesstrategien fra Region Syddanmark¹³.

¹² Safewards er en britisk model, der er skabt med henblik på at reducere konflikter på psykiatriske afdelinger. Den er udviklet på baggrund af 20 års international forskning, og har dokumenteret effekt i konfliktsituationer (Psykiatrien Region Syddanmark, 2025a).

¹³ [Mindre tvang, mere frivillighed - hovedindsats for psykiatrisygehuset](#) (Psykiatrien Region Syddanmark, 2025b).

Tidevandsmodellen

Vi beskriver afslutningsvist anvisningerne fra Tidevandsmodellen. Tidevandsmodellen har taget navn med inspiration fra den foranderlighed, vand repræsenterer. I metaforen skal patienten eller borgeren ses som en person, der har fået problemer til havs. Det kan være orkan, skibbrud eller problemer med at finde en stabil kurs, der fører til kontakt med psykiatrien. Fagpersonen skal derfor betragtes som den livredder, der med sin brede faglighed kan kaste en livline ud eller hjælpe med at reparere båden og støtte borgeren i at komme tilbage på ret kurs. Tidevandsmodellen bygger på 10 værdimæssige forpligtelser, som kan være virkningsfulde til at hjælpe en borger til recovery (i denne kontekst reduktion af selvskadende adfærd). Tidevandsmodellen er udviklet på baggrund af kvalitativ forskning og baseret på, hvad psykiatriske patienter, pårørende og psykiatriske sygeplejersker peger på som hjælpsomt i mødet med psykiatrien (Nordenkjær og Pedersen, 2012). De 10 principper er beskrevet på følgende måde:

1. **Værdsæt stemmen**

Patientens livshistorie rummer mening, udgangspunkt og løsning for at lindre personens lidelse og yde hjælpsom støtte til personen.

2. **Respekter sproget**

Personen har udviklet sin egen måde at udtrykke sig på, som er den mest præcise og meningsfulde for ham eller hende. Personens egne ord og billeder er vigtige for at forstå, hvordan problemerne har udviklet sig.

3. **Udvikl ægte interesse – vær nysgerrig og oprigtig**

Patientens unikke historie giver mulighed for at lære personen godt at kende og lære mere om, hvordan vedkommende kan løse sine psykiske problemer.

4. **Bliv lærling**

Hvis vi respektfuldt indtager en position som lærling, får vi mulighed for at få viden om, hvordan personen oplever sine psykiske problemer – den enkelte person er ekspert i eget liv.

5. **Fremhæv personlig visdom**

Det, der tidligere er lykkedes, er vigtig viden i forhold til at undersøge, hvordan fremtiden kan forme sig. Personen har en særlig indsigt i, hvad der er hjælpsomt for ham eller hende, og hvad der ikke er.

6. **Vær gennemskuelig**

Fagpersonen skal sikre sig, at personen hele tiden ved, hvorfor fagpersonen

agerer, som han/hun gør. Det øger sandsynligheden for, at borgeren ser fagpersonen som en pålidelig samarbejdspartner.

7. **Det tilgængelige værktøj**

Patienten har stor erfaring med, hvordan han/hun har klaret vanskelige situationer før. Fagpersonen kan hjælpe med at fremhæve det, der er lykkedes, og skabe nye kreative løsninger sammen med borgeren.

8. **Form det næste skridt – fokus på mål og delmål**

Ud fra en fælles forståelse af borgerens historie er det muligt sammen at forme det næste skridt. Hvert skridt indeholder stor kraft til forandring, fordi hvert eneste skridt og hver eneste forandring, uanset hvor stor eller lille den er, er et bevis på, at forandring er mulig.

9. **Giv tid som gave**

Det er væsentligt at forholde sig til, hvordan vi bruger tiden sammen med borgeren bedst, uanset hvor knap tiden kan føles.

10. **Vid, at forandring er konstant**

Det er helt uundgåeligt, at der opstår forandringer. Det er et grundvilkår for alle mennesker. Det er fagpersonernes opgave sammen med borgeren at gøre forandringerne synlige. Når noget synes fastlåst, har vi sandsynligvis overset nogle forandringer.

De 10 forpligtelser skal sikre, at støtten retter sig imod at løse de problemer, som den psykiatriske lidelse afstedkommer for den enkelte patient og sikre den bedst tænkelige hjælp, så personen igen kan orientere sig imod vigtige mål og drømme for livet (Nordenkjær og Pedersen, 2012). Tidevandsmodellen kan formentligt også anvendes i en socialfaglig kontekst. Der er desuden overlap mellem værdierne og pointerne vi fandt i forskningslitteraturen om at arbejde bagom den selvskadende adfærd og have en nysgerrig og åben tilgang til borgeren.

6.1.2 Nationalt Netværk for indsatser til mennesker med selvskadende adfærd

I 2024 blev der etableret et nationalt netværk for indsatser til mennesker med selvskadende adfærd. Det nationale netværk er opstartet af medarbejdere i Region Sjælland og Region Hovedstaden. Netværket består af ansatte i børne-, ungdoms- og voksenpsykiatrien, og hver af de fem regioner i Danmark stiller med to repræsentanter, der er udpeget af center- eller hospitalsledelsen i den pågældende

region. Det tilstræbes, at én repræsentant kommer fra børne- og ungdomspsykiatrien, mens den anden kommer fra voksenpsykiatrien i den pågældende region. da begge områder er centrale i forhold til selvskadeindsatsen. Sundhedsstyrelsen deltager som observatør i netværket med henblik på at anvende det nationale netværks arbejde og anbefalinger, som udgangspunkt for en evt. national retningslinje.

Netværkets formål er at sikre et særskilt og fælles fokus på, hvordan man bedst møder og behandler patienter med selvskade i psykiatrien. Behovet for netværket har desuden baggrund i de involverede praktikers erfaring om, 1) at selvskade forværrer prognosen for anden psykisk lidelse, og 2) at selvskade er den væsentligste prædiktør for senere selvmordsforsøg og selvmord. Svær selvskade er ofte årsag til døgnindlæggelse i psykiatrien, og under indlæggelse er selvskade den hyppigste årsag til tvangsforanstaltninger, såsom fastholdelser og bæltefikseringer.

Igennem de seneste år er der etableret forskellige selvskadeindsatser i den regionale psykiatri, men det er fortsat de færreste regioner, der har systematiserede, specialiserede og evidensbaserede indsatser til målgruppen på tværs af alle ambulatorier og døgnafsnit i psykiatrien. Indsatserne er ydermere ofte meget lokalt udviklede og person- og afsnitsafhængige. Ifølge det nationale netværk er der behov for erfarings- og vidensudveksling mellem regionerne og en national koordinering, som kan understøtte, at personer med selvskade i psykiatrien mødes med ensartede tilbud af høj kvalitet uanset, hvor i landet de kommer i forbindelse med psykiatrien. Det nationale netværk definerer deres hovedformål som værende at udarbejde nationale kliniske anbefalinger af indsatser til mennesker med selvskadende adfærd, herunder:

- Systematisk opsporing af selvskade og ensartede praksisser for journalføring og registrering af diagnosekoder.
- Specialiserede lavintensive behandlingstilbud til selvskadende patienter i ambulant behandling med henblik på behandling i selvskadens tidlige stadier, før adfærden bliver mere alvorlig og kompleks, og øger risiko for selvmord.
- Specialiserede indsatser til døgnindlagte selvskadende patienter med fokus på mentalisering, forståelse og forebyggelse frem for indgriben med tvang.
- Opkvalificeringsindsatser der skaber øget viden om selvskade og om, hvordan man bedst møder og behandler en selvskadende patient blandt ansatte i psykiatrien.

Det nationale netværk for indsatser til mennesker med selvskadende adfærd er fortsat relativt nyt, men på sigt vil der formentligt kunne hentes væsentlige pointer herfra, som vil kunne oversættes til en socialfaglig kontekst. Samtidig er netværket

med til at understrege praktikeres behov for mere sikker viden om, hvordan man sammensætter en virkningsfuld støtte til målgruppen.¹⁴

6.1.3 Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelse og selvskade – Del I ved Implement

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der afsat midler til en styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelse og selvskade. Dette gjorde man for at sikre en specialiseret rådgivning og behandling, samt rettidig hjælp (Sundhedsstyrelsen, 2018). Vi har derfor valgt at dykke ned i det arbejde, der blev iværksat under denne pulje, som udmøntede sig i en erfaringsopsamling på baggrund af den eksisterende viden i 2018 (Implement, 2018) og en evaluering af de nye tiltag fra puljen, som blev foretaget i perioden 2018-2021 (Rambøll, 2022). I dette afsnit dykker vi ned i erfaringsopsamlingens resultater, mens det næste afsnit vil dække evalueringens resultater.

Litteraturstudie

I erfaringsopsamlingen i 2018 blev der foretaget et litteraturstudie over forskning på selvskadeområdet. I litteraturstudiet finder forfatterne, at selvskade defineres på flere forskellige måder i den internationale forskning, men at definitionen i den danske forskning er tilsvarende NSSI, dvs. selvskade uden intentionen om selvmord (Implement, 2018: 2). Implement finder også, at der skelnes mellem tvangsmæssig og impulsiv selvskade, hvor den impulsive selvskade er den hyppigste form og forbindes med affektregulering. Hertil finder Implement også et skel mellem alvorsgrader af selvskade, der kan inddeles i lettere/mild selvskade, middelsvær/moderat selvskade eller svær/høj alvorsgrad af selvskade (Implement, 2018: 3). Graden af selvskade afgøres ifølge dem af "... omfanget af fysisk skade, hyppighed og anvendelse af flere forskellige metoder" (Implement, 2018: 3). En af de ting, som Implement afrapporterer, der karakteriserer den svært selvskadende gruppe er, at personer med denne grad kan komme til at skade sig selv mere end intenderet og, at de udvikler en afhængighed af selvskaden.

I deres karakteristik af målgruppen finder Implement mange af de samme fund, som vi afdækkede i vores forskningssøgning. Herunder at:

- Der er en overvægt af unge og unge voksne i selvskadestatistikkerne.
- Selvskade ofte bruges som affektregulering.
- Forekomsten af selvskade er højere blandt de psykiatriske patienter end i den øvrige befolkning.

¹⁴ Afsnittet er udarbejdet på baggrund af materiale om netværket, modtaget fra Anne-Mette Lemvig, som faciliterer netværket sammen med Lotte Rubæk.

- Kønsfordelingen er nogenlunde jævnbyrdig, dog med en hældning mod flest kvinder der selvskader.
- Der er forskel på metoden for selvskade blandt mænd og kvinder, hvor kvinder oftest benytter "cutting", og mænd oftere benytter metoder som at slå eller brænde sig selv.

(Implement, 2018: 3-4).

Implement finder desuden, at der er begrænset viden om hyppigheden af selvskade ift. forskellige grader af adfærden. Det synes altså at være et sted, hvor der efterspørges mere forskning, hvilket vi også konkluderer i vores afdækning.

I deres litteraturstudie afdækkede Implement også interventioner, herunder Dialektisk Adfærdsterapi (DAT), Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA) og mange flere (se den udtømmende liste i Implement, 2018: 5). Implement finder dog ikke noget tilstrækkeligt grundlag til at vurdere én af metoderne som mere virksom end de andre typer af interventioner ved selvskadende adfærd (Implement, 2018: 5). Som en mulig forklaring peger Implement på, at det ikke nødvendigvis er interventionens indhold, men snarere dens rettidighed, og det at fagpersonen føler sig tryk i den anvendte metode (Implement, 2018: 5).

Ifølge Implement er det uklart, hvad der udgør de mest virksomme elementer af indsatserne, men de peger på, at *"de oftest virksomme behandlingstyper har et fælles fokus på, at selvskadende personer skal udvikle og tilegne sig nye færdigheder, hvilket stiller krav til deres evne til at lære og udvikle sig"* (Implement, 2018: 6). Herudover henviser Implement også til de nationale retningslinjer i New Zealand og Australien, hvor der er nogle konkrete opmærksomhedspunkter, som interventioner bør fokusere på. Her peger Implement på, at interventioner bør have fokus på:

- Kendskab til selvskadende adfærd blandt sundhedsfagligt personale der varetager psykosociale vurderinger ved første kontakt med psykiatrien og ved den efterfølgende behandling.
- Uddannelse af frontpersonale vedrørende tidlig opsporing.
- Udviklingsbaseret fokus der understøtter tilegnelse af nye kompetencer hos den selvskadende person.
- Inddragelse af patienter gennem Åben dialog er essentiel, og skabes gennem uddannelse af personale.

(Implement, 2018: 6).

Således er der altså nogle meget overordnede anbefalinger til virksomme elementer i selvskadeinterventioner baseret på Implement (2018)'s litteraturstudie. De skal dog

fortolkes ud fra deres forbehold om, at det var svært at identificere konkrete virksomme elementer. I erfaringsopsamlingen beretter Implement også om erfaringerne i den svenske kontekst på baggrund af et besøg dertil. Dette vil vi afrapportere sammen med afdækningen af den svenske grå litteratur.

Praksisafdækning og eksempler på interventioner

Som et led i erfaringsopsamlingen har Implement afholdt workshops, interviews og udført et spørgeskema, som kommuner, regioner, praksiscentre, organisationer og uddannelsesinstitutioner har svaret på. Alt sammen for at afdække den gældende praksis i Danmark.

Her undersøger Implement bl.a., om fagpersonerne oplever en udvikling i målgruppen i forhold til alvorsgraden af selvskaden. Mange af fagpersonerne mener dog ikke, at de har grundlag for at vurdere udviklingen, fordi den ikke følges systematisk (Implement, 2018: 10). Implement vurderer derfor, at det ikke er muligt at konkludere, hvorvidt der er færre eller flere med svær selvskadende adfærd i den danske praksis. Implement nævner dog, at regionerne fortæller om en oplevelse af en stigning i alvorsgraden af selvskade, men at dette ikke synes at være tilfældet i kommunernes besvarelse af spørgeskemaet. Det er dog også værd at bemærke, at ingen instanser oplever en faldende alvorsgrad.

Når de forskellige aktører adspørges til karakterisering af deres målgruppe, er graden af selvskade en af de ting, som flere lægger vægt på. Fx beretter regionerne om, at den selvskadende adfærd i deres system oftest optræder hos personer med personlighedsforstyrrelse, hvor denne gruppe har en moderat eller høj alvorsgrad af selvskadende adfærd. Samtidig oplever praksissektoren og organisationer (såsom Headspace, Livslinien osv.) at få flest henvendelser fra personer med selvskadende adfærd i let til moderat grad. I kommunerne er det også let til moderat selvskade, der fylder mest i kobling til mistrivsel (Implement, 2018: 12). Tilsyneladende er den svære selvskadende adfærd altså noget, der opleves mest i regionerne. En forklaring på det kan være, at det er her psykiatrien er centreret.

Praksisanalysen viser også, at der i psykiatrien sjældent arbejdes direkte med selvskadende adfærd, men i stedet er normen, at der arbejdes med de underliggende årsager såsom deres hoveddiagnose. Der er enkelte behandlinger, som kører sideløbende, herunder kognitiv adfærdsterapi (KAT), dialektisk adfærdsterapi (DAT) og mentaliseringsbaserede metoder (Implement, 2018: 15).

I afdækningen har Implement valgt at afrapportere få gode eksempler på interventioner, herunder mentaliseringsbaseret terapi i Lokalpsykiatri Odense, dialektisk adfærdsterapi i Psykiatrisk Center Glostrup og nogle indsatser på forskellige gymnasier og skoler, som er mere opsøgende (Implement, 2018: 16-22). På trods af disse eksempler vurderer Implement alligevel, at der mangler viden på området, både

om målgruppen og dynamikkerne bag selvskaden, men i særdeleshed også om, hvilke interventioner der synes at være mest virksomme.

På baggrund af deres afdækning foreslår Implement tre tiltag; viden, kompetencer og organisering (Implement, 2018: 23). Med viden foreslår Implement, at der skabes mere viden om specifik behandling, der er målrettet målgruppen og mere viden om effekterne af interventioner. Med kompetencer foreslår Implement en national retningslinje for arbejdet med at reducere selvskadende adfærd. Og slutteligt med organisering foreslås det, at der udvikles et mere sammenhængende støtte- og behandlingssystem på tværs af kommuner, regioner og praksissektor, samt at der kommer lettere adgang til behandling (Implement, 2018: 23).

6.1.4 Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelse og selvskade – Del II ved Rambøll

I 2022 lavede Rambøll en evaluering af de projekter, der blev sat i gang i 2018 med satspuljens "styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelse og selvskade". På baggrund heraf, udmøntede erfaringerne sig i anbefalinger til området for selvskade og spiseforstyrrelse. Anbefalingerne lyder blandt andet på, at der skal laves et bredt løft af viden på området, hvor den viden, som projekterne har erfaret, skal spredes bredere ud til flere aktører på tværs af faglige områder. Rambøll anbefaler også, at der laves målrettede behandlingstilbud til mennesker med selvskadende adfærd afhængigt af selvskadens intensitet og progression. En tredje anbefaling handler om at inddrage de pårørende mere og sikre bedre overgang mellem sektorer og behandlingstilbud (Rambøll, 2022: 2).

Rambøll har evalueret syv behandlingstilbud, som blev udviklet på baggrund af satspuljen (Rambøll, 2022: 22). På tværs af de syv behandlingstilbud har Rambøll erfaret flere kendetegn ved implementeringen. For det første er udviklingen af nye tilbud sket tæt på de praktiserende behandlere, hvilket har skabt ejerskab for dem og styrket implementeringen. For det andet er der etableret styregrupper på projekterne, hvilket har gjort tilbuddene mindre sårbare overfor udskiftninger i de praktiserende behandlere. Ifølge Rambølls analyse er det også vigtigt med gennemgående projektledelse, der strækker sig over hele projektet, og som tager ansvar for fremdriften af nye tilbud til borgerne. Hertil peger Rambøll på, at implementeringen er udført af medarbejdere, der har højt specialiserede faglige kompetencer allerede inden projektets start, hvilket samtidig har gjort det nemmere og mere effektivt at fokusere på sidemandsoplæring, supervision og faglig sparring. Sidst men ikke mindst, har det også været en vigtig del af implementeringen, at flere af projekterne har arbejdet med behandlingsmanualer, som støtter medarbejderne, og som er med til at ensrette tilbuddene (Rambøll, 2022: 19-21).

Ud af de syv projekter er der ét projekt, hvis målgruppe er voksne med svær selvskade. Det er Region Midtjyllands behandlingstilbud "*Styrket indsats for unge voksne med*

svær selvskade”, som er for voksne mellem 18-26 år, der lider af personlighedsforstyrrelse, hyppig svær livstruende selvskade og suicidal adfærd, ofte med spiseforstyrrelse som komorbiditet (Rambøll, 2022: 22). Region Midtjyllands behandlingstilbud er et intensivt ambulant psykoterapeutisk behandlingsforløb bestående af individuel terapi og gruppeterapi. Derudover indebærer tilbuddet også psykoedukation, og har obligatorisk fremmøde tre dage om ugen (Rambøll, 2022: 22). Behandlingstilbuddet blev varetaget af Klinik for Personlighedsforstyrrelser på Aarhus Universitets Hospital (AUH), men så vidt evalueringen fortæller, og så vidt vores research viste, er tilbuddet ikke længere i drift. Der er ikke afrapporteret individuelle resultater for dette behandlingstilbud i Rambølls rapport, til gengæld har Rambøll afrapporteret på tværs af de syv nye behandlingstilbud. Her skriver Rambøll, at i *”alle projekter oplevede de fagprofessionelle, at patienter og pårørende har profiteret af den aktivitet, som de har deltaget i”* (Rambøll, 2022: 27). Der forelægger dog ingen målinger eller konkrete resultater af netop Region Midtjyllands behandlingstilbud for voksne med svær selvskade og personlighedsforstyrrelse, hvorfor vi ikke kan udtale os om, hvorvidt indsatsen synes at være virksom eller ej.

På tværs af alle syv projekter dækkes målgrupper som børn, unge og voksne med spiseforstyrrelse og/eller selvskadende adfærd (Se Rambøll, 2022: 22 for detaljeret beskrivelse af målgrupper). Vi dykker ikke ned i de andre konkrete resultater, da målgruppen heller ikke stemmer overens med denne vidensafdækning, men vi fremhæver alligevel de relevante tværgående resultater af projekterne i store linjer, idet de kan fungere som inspiration for vores anbefalinger. Fx erfarer Rambøll, at indsatserne alle karakteriseres ved at have en meget differentieret målgruppe, og de erfarer også, at dette resulterer i forskellige behandlingsbehov. Rambøll anbefaler derfor, at hvis man skal lave en ny indsats til selvskadende adfærd, skal man være bevidst om den specifikke målgruppe og evt. også differentierede målgruppe (Rambøll, 2022: 7). En anden erfaring Rambøll finder på tværs af de syv projekter er, at området for selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse er et vidensområde, der stadig er i stor udvikling, hvorfor det er afgørende at sikre en systematisk løbende opdatering af viden på indsatser til målgrupperne (Rambøll, 2022: 7). En tredje erfaring, som fremhæves er, hvor bred en palette af aktører, der er involveret, når det handler om selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse. Det sætter krav til den tværsektorielle kommunikation og ikke mindst til det tværfaglige samarbejde (Rambøll, 2022: 7). Erfaringerne fra disse syv projekter viser, at indsatsen opleves mere meningsfuld for borgeren, når borgeren oplever den som værende koordineret og afstemt mellem alle de faglige aktører (Rambøll, 2022: 7).

Overordnet synes erfaringsopsamlingen på baggrund af satspuljens afprøvede indsatser at danne et erfaringsgrundlag for anbefalinger til kommende indsatser. Selvom målgruppen i erfaringsopsamlingen er bredere end målgruppen for denne vidensafdækning, synes der alligevel at være fællestræk og overlap i dele af målgruppen, fx med den ene indsats, der var målrettet voksne med svær

selvskadende adfærd. Der er derfor dele af denne erfaringsopsamling, som udgør vigtig viden at stå på ift. anbefalinger til indsatser på området.

6.1.5 Virksomme indsatsselementer og interviewundersøgelser - Metodecentret

Metodecentret har gennemført en litteraturgennemgang for virksomme indsatsselementer i behandlingen af selvskadende adfærd og derudover også lavet interviewundersøgelser med både unge med selvskadende adfærd og deres forældre. Disse afrapporteringer udfolder vi her, fordi de kan tilbyde afgørende viden på området, der kan overføres til denne vidensafdækning med det forbehold, at graden af selvskadende adfærd ikke var et kriterium for udvælgelse i nogen af disse afrapporteringer.

Litteraturgennemgang – virksomme indsatsselementer i behandlingen af selvskadende adfærd

I 2016 lavede Metodecentret en litteraturgennemgang af international forskning på området for behandling af selvskadende adfærd. Gennemgangen af forskningen udmøntede sig i fem konkrete punkter, som ifølge den afdækkede internationale forskning er succeskriterier for behandlingsindsatser til selvskadende adfærd.

De fem succeskriterier lyder på, at en indsats skal bygge på:

1. Indgående kendskab til selvskadende adfærd og den enkelte persons underliggende problematikker.
2. Målrettede uddannelsesprogrammer til frontlinjemedarbejdere og fokus på tidlig indsats.
3. Familiecentreret indsats i lokale miljøer.
4. Fokus på at lære, udvikle og anvende nye færdigheder.
5. Patientinddragelse og åben drøftelse.

(Ilsvard, 2016).

Det første succeskriterium for en indsats er, at fagpersonerne har et indgående kendskab til selvskadende adfærd og til de individuelle grunde til selvskaden. Herunder understreges vigtigheden af at uddanne de medarbejdere, der arbejder direkte med den selvskadende borger. Det kunne fx være uddannelsesdage og/eller løbende supervision med medarbejderne, så alle fagpersoner er klædt på til at forstå selvskadens grundlæggende dynamikker (Ilsvard, 2016: 18). Det andet succeskriterium relaterer sig også til uddannelse af frontmedarbejdere, herunder lærere, pædagoger og lignende fagpersoner, som ville kunne udgøre en tidligere og mere opsøgende indsats, før selvskaden ender i den svære ende af skalaen (Ilsvard, 2016: 18). Det tredje succeskriterium handler om at lave en indsats, der er

netværksorienteret – i dette tilfælde med unge med selvskadende adfærd, vil det i høj grad dreje sig om forældrene og om at klæde dem bedre på til at arbejde med den unges selvskade (Ilsvard, 2016: 18). Dette kunne dog eventuelt tænkes ind på voksenområdet, hvor man i stedet for at arbejde med familie kan arbejde med borgerens netværk og pårørende, om det så er familien, eller om det er et netværk af venner.

Det fjerde succeskriterium handler om, at der skal være fokus på færdighedstræning, hvor den selvskadende udvikler sine færdigheder, og lærer at anvende dem (Ilsvard, 2016: 18). Det handler om, at indsatsen bør være centreret omkring mestringsstrategier for følelsesregulering, fordi dette ofte binder sig tæt til selvskadens funktion for de unge – det handler altså om at arbejde med at sætte noget i stedet for selvskaden (Ilsvard, 2016: 18). Dette succeskriterium bygger desuden på en afdækning af de allerede eksisterende indsatser, hvor det færdighedsbaserede var en fællesnævner for flere indsatser, som har vist sig virksomme på området. Forskningen kunne ikke afdække, om en af indsatserne synes mere virksomme end de andre eller hvilke konkrete forandringsmekanismer, der skaber de positive resultater. Men til gengæld kunne det observeres, at de succesfulde indsatser - såsom Dialektisk Adfærdsterapi (DAT), Kognitiv Adfærdsterapi (KAT) og Mentaliseringsbaseret Terapi (MBT) - alle har det tilfælles, at der i behandlingen er fokus på at opøve og forbedre bestemte færdigheder ved personen med selvskadende adfærd (Ilsvard, 2016: 13-14).

Andre lovende indsatser der nævnes i litteraturgennemgangen, er Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) og Therapeutic Evaluative Conditioning (TEC). ERGT er en indsats, der arbejder med følelsesregulering gennem gruppeterapi, hvor indsatsen er manualbaseret og ligger fast på 14 gange 1,5 times gruppesessioner med faste temaer og indhold (Ilsvard, 2016: 15). Indsatsen er afprøvet med kontrolgruppe, hvor dem, der modtog indsatsen, i højere grad oplevede, at de var blevet bedre til følelsesregulering samtidig med, at de oplevede højere livskvalitet end kontrolgruppen (Ilsvard, 2016: 15). Der synes altså at være positive udsigter for denne indsats på tidspunktet for litteraturgennemgangen – siden er ERGT også blevet afprøvet i større skala i Sverige, hvilket vi vender tilbage til under afsnittet om de svenske erfaringer. Den anden indsats, TEC, er en *"spillignende app designet til at bryde en persons tanke- og adfærdsmønstre"*, som har vist blandede resultater, men som overordnet ser ud til at reducere selvskadende adfærd (Ilsvard, 2016: 15). Fælles for disse to indsatser – og DAT, KAT og MBT – er, at de fokuserer på at udvikle færdigheder i forhold til følelsesregulering, hvilket styrker den unge i håndteringen af svære følelser – tanken er, at færdighederne på sigt kan erstatte selvskadens funktion (Ilsvard, 2016: 15).

Slutteligt handler det femte succeskriterium om at give de unge en følelse af medinddragelse og medindflydelse på deres behandlingsforløb. Dette forudsætter også, at fagpersonerne tilgår den unge med udgangspunkt i den unges personlige

ståsted og individuelle behov, som de finder frem til sammen med den unge (Ilsvard, 2016: 18). Selvom pointerne handler om unge, synes det alligevel lige så relevant på voksenområdet, hvis ikke mere relevant, fordi borgerne på det tidspunkt er myndige.

Ud fra den tidligere litteraturgennemgang er der altså nogle elementer af indsatser, som kan identificeres som virksomme, selvom der tages forbehold for, at det ud fra forskningen var svært at identificere de specifikke forandringsmekanismers effekter. Disse anbefalinger om succeskriterier ud fra forskningen kan bruges som en rammeforståelse af, hvilke greb man kan lade sig inspirere af på det socialfaglige område.

Interviewundersøgelse med unge med selvskadende adfærd

I 2017 udførte Metodecentret en interviewundersøgelse med fem unge voksne (18-24 år) med selvskadende adfærd. Disse fem unge peger på en del forbedringspunkter, når det kommer til deres oplevelse af behandling af selvskadende adfærd. Nedenfor præsenterer vi de forbedringspunkter, der også kunne synes relevante for målgruppen med svær selvskadende adfærd i voksenkategorien.

- Et vidensløft i behandlings- og socialpsykiatrien.
- At behandlere "hører" og "ser" de unge.
- Mere individuelt tilpasset behandling.
- At arbejde bagom den selvskadende adfærd.
- En skærpet opmærksomhed på social smitterisiko.

(Ilsvard, 2017: 6-7)

Den første anbefaling vi fremhæver, handler om at sikre et vidensløft af frontlinjemedarbejdere både i, men også uden for behandlings- og socialpsykiatrien (Ilsvard, 2017: 8). Denne anbefaling bygger på de unges oplevelse af, at nogle medarbejdere både på botilbud og i psykiatrien ikke altid ved, hvordan de skal arbejdet med at reducere de unges selvskadende adfærd. Det kan efterlade de unge med indtrykket af, at de bliver stemplet, som en "der ikke kan reddes" (Ilsvard, 2017: 10). De unge ønsker derfor, at personalet, både i psykiatrien og på de specialiserede botilbud, bliver opkvalificeret i forhold til deres viden om selvskadende adfærd og dynamikkerne bag.

Den anden anbefaling vi fremhæver her, handler om, at behandlere skal "se" og "høre" de unge mere. Dette bygger de unge på deres oplevelse af, at det der har virket for dem, har været de få behandlere, de har haft, hvor de har følt sig "set", og oplevet at deres situation blev taget alvorligt (Ilsvard, 2017: 13). De unge påpeger også vigtigheden af kemi og en god relation med behandleren, som ellers kan være svær at opnå, hvis der er mange skift i behandlere. Den tredje anbefaling vi har valgt at fremhæve, ligger i forlængelse af at føle sig set. Den handler nemlig om, at

behandlingen skal være individuelt tilpasset. De unge påpeger, at selvskadende adfærd kan være meget forskellig, og derfor fungerer det ikke at sætte alle i én "bås", det kræver derimod en individuel vurdering (Ilsvard, 2017: 13). For de unge bør den individuelle vurdering også bygge på de unges egne perspektiver, mens de samtidig ønsker at føle sig inddraget i behandlingsplaner frem for, at der "bliver talt hen over hovedet" på dem (Ilsvard, 2017: 14). De unge efterspørger dermed meget tydeligt mere medinddragelse og individuel behandling.

Den fjerde anbefaling vi har valgt at fremhæve, handler om, at de unge har et ønske om at arbejde "bagom" selvskaden. De unge oplever, at behandlingen bliver meningsløs, hvis man kun snakker om selvskaden, og ikke hvad der udløser den (Ilsvard, 2017: 15). Selvom de unge godt kan se, at det kan være nødvendigt udelukkende at fokusere på selvskaden i starten, så mener de, at man i hvert fald på længere sigt bør kigge ind i grunden til selvskaden og dermed arbejde "bagom" (Ilsvard, 2017: 15). Det kan føles som en hurtig løsning bare at stoppe selvskaden, mens den mere langvarige løsning ligger i at lære om selvskadens funktion, kunne sætte ord på selvskaden og aflede sig selv og udholde, samt at lære sig selv bedre at kende i processen (Ilsvard, 2017: 15). At lære om selvskadens funktion er noget, de unge fremhæver som særligt virkningsfuldt, fordi det kan være svært for dem at vide, hvorfor de selvskader, selvom de måske har en idé om det. At lære om selvskadens funktion hjælper de unge til at kunne reducere den, fordi så kan de sætte andre strategier ind for at afløse funktionen (Ilsvard, 2017: 16). Dette arbejde gør også de unge bedre i stand til at sætte ord på selvskaden, fordi de arbejder hen mod en større selvindsigt. Det tager tid at lære at snakke om det, fordi det kan være meget grænseoverskridende, og noget som de unge ellers har holdt privat hidtil (Ilsvard, 2017: 16). Når de unge får mere sprog for deres selvskade, oplever de, at det bliver nemmere at spørge om hjælp og nemmere at udvikle alternative mestringsstrategier, fordi de selv får en bevidsthed om, hvornår de kunne have brug for det (Ilsvard, 2017: 16). Tilsammen udgør de unges viden om deres egen selvskades funktion og deres nye sprog en rejse mod at lære sig selv bedre at kende, og dette virker de unge meget taknemmelige for, fordi det er derigennem, at de oplever, at de kan opnå bedring (Ilsvard, 2017: 18).

Den femte anbefaling vi har valgt at fremhæve, handler om at være opmærksom på den sociale smitterisiko på botilbud og specialinstitutioner. Fx fortæller en af de unge om, at hun udvekslede tips med en anden beboer om, hvordan de kunne selvskade (Ilsvard, 2017: 19). Andre af de unge fortalte om, at det kunne blive til en konkurrence om, hvem der kunne skade sig selv mest alvorligt. De unge har således flere mindre gode oplevelser af at bo sammen med andre med selvskadende adfærd (Ilsvard, 2017: 20). Det er derfor de unges anbefaling, at man er opmærksom på sammensætningen af personerne på disse botilbud.

På baggrund af de unges erfaringer er der altså nogle meget konkrete anbefalinger til, hvad der er vigtigt i indsatser for selvskadende adfærd. Det er vigtigt for de unge

at føle sig set og lyttet til, så de får en individuelt tilpasset og meningsfuld behandling. Det er også vigtigt for de unge at arbejde med, hvorfor de selvskader, og at de opnår en større forståelse for den funktion, som selvskaden udfylder for dem. Dette gør dem bedre i stand til at reducere adfærden, idet de med den øgede bevidsthed kan arbejde med alternative strategier. Slutteligt er det vigtigt for de unge, at man tænker over risikoen for social smitte på specialiserede botilbud for selvskadende adfærd.

6.1.6 Nyt botilbud til unge med svær selvskadende adfærd – Bifrost, Region Nordjylland

I afdækningen af den grå litteratur stødte vi også på et kommende botilbud til netop målgruppen af svært selvskadende. Botilbuddet, der skal hedde Bifrost, kommer til at ligge i Aalborg-området, og vil rumme 10 pladser med mulighed for udvidelse til 15 (Kaalbye, 2025). Botilbuddet forventes at gå i drift i 2026. Bifrost har både en primær og en sekundær målgruppe, hvor den primære er unge mellem 14-25 år, som har svær selvskadende adfærd, herunder også spiseforstyrrelse (Kaalbye, 2022). Den sekundære målgruppe beskrives som *"unge i alderen 14-23 år med intensive psykiatriske problemstillinger. Unge der har behov for en intensiv socialpsykiatrisk indsats på et botilbud med tæt tilknytning til børne- og ungdomspsykiatrien i form af ambulant udredning og behandling"* (Psykiatrien og Speciaalsektoren, Region Nordjylland, 2022). Det vil sige, at den sekundære målgruppe har komplekse problemer, men ikke nødvendigvis selvskadende adfærd.

Botilbuddet er opstået på baggrund af en efterspørgsel i de nordjyske kommuner, der blev afdækket af en arbejdsgruppe i Psykiatrien og Speciaalsektoren, Region Nordjylland. Arbejdsgruppen fandt, at de nordjyske kommuner oplevede, at de på botilbuddene havde udfordringer med at arbejde med de svært selvskadende beboere (Kaalbye, 2025). Disse unge kunne altså ikke rummes i de eksisterende sociale tilbud. Derfor anbefalede arbejdsgruppen at stifte et regionalt drevet botilbud, hvor der kan tilbydes en intensiv socialpsykiatrisk indsats til målgruppen (Psykiatrien og Speciaalsektoren, Region Nordjylland, 2022). Det er forventet, at det vil være relativt lange anbringelser på omkring tre år – dette er forventet på baggrund af den afdækning, som arbejdsgruppen lavede af målgruppen.

På det nyudviklede botilbud Bifrost er det tiltænkt, at der skal arbejdes med tre primære metoder: 1) mentaliseringsbaseret miljøterapi, 2) LA2 planer (Low Arousal) og 3) Samtalebaseret terapi (Kaalbye, 2025). Det er også tiltænkt, at der skal være en opkvalificering på omkring et år for nye ansatte. Det tiltænkes yderligere, at der skal være fast supervision af personalet samt løbende vidensudvikling (Kaalbye, 2025). Personalemæssigt er det tiltænkt, at der skal være flest socialpædagogiske medarbejdere, men at der samtidigt også skal være sundhedspersonale som enten SOSU eller sygeplejersker samt en psykolog tilknyttet (Kaalbye, 2025).

Udviklingen af det nye botilbud kan indikere, at der er en stigende opmærksomhed på målgruppen og behov for at kunne arbejde målrettet med denne.

6.2 Svenske erfaringer og praksis

6.2.1 Det Nationella Självskadeprojektet

I Sverige blev der i 2011 indledt et nationalt selvskadeprojekt, som er statsligt finansieret. Formålet med projektet er at reducere antallet af svenske børn, unge og voksne, der har selvskadende adfærd (Andersen, 2019). I projektet er der indsamlet viden, der har dannet baggrund for oprettelsen af et nationalt videnscenter, afholdelsen af nationale konferencer og skabelsen af et internationalt netværk (Andersen, 2019). Den tilegnede viden er siden blevet omsat til opkvalificering af frontpersonale og til afprøvning af indsatser til personer med selvskadende adfærd.

I udrulningen af projektet har det især været indsatstyperne Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) og Mentaliseringsbaseret Terapi (MBT), der er blevet udbredt i psykiatrien. Herudover er *Emotion Regulation Group Therapy* (ERGT) til voksne også afprøvet, mens der er blevet videreudviklet et nyt koncept kaldet *Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents* (ERITA). ERITA ligner ERGT, men i denne version er indsatsen målrettet unge, mens formen er individuel og onlinebaseret modsat ERGT, som er et gruppeforløb (Andersen, 2019). ERITA er også lavet kortere for at passe ind i et skoleår, mens der hertil er blevet tilføjet en internetbaseret terapeutisk session til de unges forældre (Andersen, 2019).

Der har altså været et stort nationalt arbejde med selvskade i Sverige, hvor den indsamlede viden har understøttet udviklingen af nogle nationale anbefalinger til arbejdet med selvskadende adfærd. Opsummeret lyder anbefalingerne som følgende:

1. Medfølelse, respekt og værdighed.
2. Vurdering på akutmodtagelse.
3. Udredning.
4. Risikohåndteringsplan.
5. Information og aftale om behandling.
6. Behandling.
7. Kontinuitet og samarbejde.

(Westling et al., 2016: 2).

Den første anbefaling handler om, at alle personer med selvskadende adfærd skal behandles med medfølelse, respekt og værdighed. Forudsætningen for dette er, at personalet skal have specifik viden om selvskadende adfærd. Dette er især

nødvendigt i situationer, hvor individet anses for at være til fare for sig selv (Westling et al., 2016: 2). Forskningen viser, at mange mennesker med selvskadende adfærd, føler sig dårligt behandlet enten af deres familie eller i sundhedssystemet (Westling et al., 2016: 9). Det kan fx være, at de føler, at deres lidelse bliver negligeret, eller de kan føle sig "dømt" af personalet. I de svenske anbefalinger fremhæves det ligeledes at arbejdet med at reducere borgerens selvskadende adfærd, kan give anledning til frustration og frygt hos sundhedspersonalet (Westling et al. 2016: 9). Derfor er det vigtigt, at personalet er klædt på med specifik viden om selvskadende adfærd, så behandlingen ikke er præget af frustration og mangelfuld viden (Westling et al., 2016: 9).

Anbefalingen fokuserer også på, hvordan man som fagperson bør handle overfor borgere med selvskadende adfærd. Fx nævnes det, at alle fagpersoner bør lytte til borgeren og stille spørgsmål for at vise viljen til at ville forstå individet (Westling et al., 2016: 10). Derudover bør fagpersoner stræbe efter at skabe en tillidsfuld relation, være ikke-dømmende, inddrage borgeren i behandlingsbeslutninger og mere til – alt sammen punkter, der handler om at lave en empatisk og lyttende behandling af personer med selvskadende adfærd (Westling et al., 2016: 10). For at kunne gøre dette anbefales det, at fagpersoner indtager tre positioner parallelt: *"1) Accept og validering af individets lidelse, 2) Accept af egne refleksioner (selvrefleksion) og 3) Forandring, herunder opmuntring til nye strategier"* (Westling et al., 2016: 11). Formålet med at indtage disse tre positioner er, at få personen med selvskade til at føle sig set og forstået samtidigt med, at man holder kommunikationen med vedkommende åben og ærlig. Ydermere er formålet også at hjælpe med forandring gennem nye strategier, der bygger på realistiske mål (Westling et al., 2016: 11). Herudover anbefales det, at pårørende bliver inkluderet gennem familieindsatser eller gennem sideløbende sparring evt. fra frivillige organisationer (Westling et al., 2016: 12-13).

Den anden anbefaling handler om vurderingen af borgeren på akutmodtagelsen. Personer med svær selvskadende adfærd vil ofte blive behandlet i akutmodtagelsen, og her er det vigtigt, at borgeren altid får deres psykiske og fysiske helbred vurderet, herunder ikke mindst risikoen for gentagende selvskade eller selvmordsforsøg (Westling et al., 2016: 14). Dette kræver viden om selvskadende adfærd, så personalet kan møde individerne med omsorg, respekt og forståelse (Westling et al., 2016: 14).

Den tredje anbefaling handler om, at personer med gentagende selvskadende adfærd skal tilbydes et afdæknings- og udredningsforløb, og dette gør sig også gældende for personer, hvis behandling ikke synes at virke (efter 6 måneder) (Westling et al, 2016: 14-15). I afdækningen er det gavnligt at finde svar på spørgsmål omkring individets historik, metode og omfang af selvskaden, fx hvor på kroppen, hvor ofte og hvor svær selvskaden er. Andre faktorer indebærer blandt andet en afdækning af selvskadens funktion, og hvad der typisk udløser den (Westling et al., 2016: 16). Det er også vigtigt at vurdere borgerens ressourcer, adgang til og/eller behov

for social støtte og ikke mindst deres eget syn på deres selvskadende adfærd (Westling et al., 2016: 16).

Den fjerde anbefaling indebærer udarbejdelsen af en risikohåndterings- og kriseplan, som laves i samarbejde mellem behandler og borger. I denne forbindelse afdækker behandler og borger i fællesskab relevante risiko- og beskyttelsesfaktorer (Westling et al., 2016: 20).

Den femte anbefaling bygger også videre på direkte samarbejde mellem borger og behandler. Denne anbefaling handler om information og aftale om behandling. Det indebærer, at behandleren gennemgår de forskellige behandlingsmuligheder sammen med borgeren, så der med udgangspunkt i denne gennemgang lægges en behandlingsplan (Westling et al., 2016: 21). Et af de vigtigste formål med denne anbefaling er at sikre borgerens selvbestemmelse og inddragelse.

Den sjette anbefaling handler om behandlingen og vigtigheden af at følge systematisk op på effekten af behandlingen. Her gennemgås en række anbefalede interventioner, som inddeles i teamarbejde (Herunder DAT), psykoterapeutiske metoder, færdighedstræning, mentaliseringsbaseret terapi (herunder MBT), mens ERGT og ERITA også bliver nævnt (Westling et al., 2016: 23-31). Der anbefales dog ikke én specifik indsats på børn og unge-området, da der synes at mangle forskning på området.¹⁵ En af de vigtigste opmærksomhedspunkter ved behandlingen er dog, at der følges op på, om behandlingen er effektiv, og ellers skal behandlingen revurderes (Westling et al., 2016: 31).

Den syvende og sidste anbefaling handler om kontinuitet og samarbejde. Denne anbefaling understreger vigtigheden af tværfaglig kommunikation, hvor der bør sikres koordination imellem de forskellige fagpersoner. Det understreges desuden, at der bør udpeges én kontaktperson på tværs af forskellige områder. Dette er især vigtigt ved personer med gentagende selvskadende adfærd og/eller komplekse omstændigheder (Westling et al., 2016: 33).

Overordnet indrammer anbefalingerne altså den viden, som Det Nationella Självskadeprojektet står på. I store træk handler anbefalingerne om at behandle personer med selvskadende adfærd med respekt og medmenneskelighed, hvilket betyder, at man som fagperson skal lytte på individet og inddrage det i behandlingsbeslutninger og aftaler. Anbefalingerne lægger også meget vægt på, at der skal sikres kontinuitet i behandlingen og, at der løbende skal følges op på behandlingens effekt.

¹⁵ For nyere forskning på børne- og ungeområdet kan man se en forskningsopsamling lavet af "Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)", som har sammenfattet resultaterne af DAT og ERITA for unge mellem 10-19 år (Bjureberg, 2024).

6.2.2 Forskellige svenske informationssider og erfaringer

I svensk regi findes der mange informationssider, frivillige organisationer og erfaringer med indsatser til mennesker med selvskadende adfærd (SHEDO,¹¹⁷⁷ UMA, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering og flere til). En af organisationerne er SHEDO, som er en frivillig svensk nonprofit-organisation, der arbejder for at støtte personer, der er ramt af selvskadende adfærd og/eller spiseforstyrrelser, samt deres pårørende og professionelle (SHEDO, 2025). SHEDO minder om den danske organisation, Forening for Spiseforstyrrelser og Selvskade (Forening for Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025). SHEDO udbyder foredrag og oplæg, et mentorprogrammer til mennesker med selvskadende adfærd, og så har de bl.a. også skabt en selvskadechat, hvor borgere kan modtage støtte (SHEDO, 2025).

I Sverige findes også det "Nationella vård- och insatsprogram (National Care and Intervention Programs)", som er et svensk initiativ, der sigter mod at forbedre pleje og støtte til personer med forskellige sundheds- og sociale behov. Programmet er udviklet af Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR (Nationella vård- och insatsprogram, 2025).¹⁶ På denne hjemmeside findes der også information om selvskadende adfærd herunder, hvilke behandlingsformer der findes. Blandt disse behandlingsformer er fx mentaliseringsbaseret terapi (MBT), Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) og dialektisk adfærdsterapi (DBT på svensk, DAT på dansk). Disse behandlingstyper beskrives som havende en effekt for børn og unge med selvskadende adfærd (Nationella vård- och insatsprogram, 2025).

Det Nationella vård- och insatsprogram peger på, at behandlingen af selvskadende adfærd skal varetages af sundhedspersonale med relevant uddannelse og erfaring i psykiatrien. Derudover beskrives de vigtigste komponenter i behandling som værende en tydelig behandlingsstruktur, en empatisk og validerende tilgang, fokus på følelsesregulering og på strategier for at undgå uønskede effekter af behandlingen (Nationella vård- och insatsprogram, 2025). Komponenterne er dem, som det Nationella vård- och insatsprogram finder på tværs af de dokumenterede indsatser, herunder blandt andet ERGT, MBT og DAT (DBT på svensk). Der synes altså at være megen information og viden at hente her ift. behandling af selvskadende adfærd, men der er dog ikke specifikt fokus på målgruppen af svært selvskadende.

En anden svensk kilde er Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)¹⁷, som har lavet en systematisk opsamling på baggrund af 28 randomiserede forsøg med behandling mod selvskadende adfærd og supplerende kvalitative studier (Bjureberg et al., 2024). Denne undersøgelse handler specifikt om unge med selvskadende adfærd, hvorfor der er fokus på nogle af de interventionstyper, som vi

¹⁶ Uppdrag Psykisk Hälsa er et initiativ fra Sveriges Kommuner og Regioner (SKR)

¹⁷ SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, er en myndighed, der har til opgave at udføre uafhængige evalueringer af metoder og indsatser inden for sundheds- og sygepleje, tandpleje og socialtjenesten (www.sbu.se)

allerede har berørt, herunder bl.a. varianter af dialektisk adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi, som er målrettet ungdommen. Fx fokuserer på de DBT-A, der er en særlig variation af dialektisk adfærdsterapi (DAT på dansk, DBT på svensk), som er tilpasset unge (heraf tilføjelsen af A for adolescents).

SBU finder, at der er særligt to indsatser, som står frem i den videnskabelige litteratur, når det kommer til at reducere selvskadende adfærd hos unge. Den ene er den ovennævnte version af dialektisk adfærdsterapi (DBT-A) Den anden er IERITA, som er en internetbaseret version af ERITA, der fokuserer på følelsesregulering (Bjureberg et al., 2024: 1, 35). Resultaterne viser, at begge disse indsatser reducerer forekomsten af NSSI hos unge.

SBU finder dog også, at der mangler viden om specifikke behandlinger, der kunne reducere risici ved akutte tilfælde med selvskadende adfærd. Det vil sige selvskadende adfærd i den grad, hvor det er livsfarligt. Noget tyder derfor på, at der også i denne afdækning, efterspørges mere viden om den relativt hårdere ramte målgruppe. For uddybning af afdækningen kan man se den fulde version. Vi afrapporterer ikke flere resultater her, da SBU's afdækning primært fokuserer på unge under 18, som ikke er en del af den målgruppe, vi undersøger.

Som et overordnet billede af den svenske grå litteratur står det tydeligt frem, at der er lavet en del arbejde på nationalt plan, og især det Nationella Självskadeprojektet står frem som et særligt vidensbidrag i svensk kontekst. På tværs af den viden, vi har valgt at fremhæve, står det også klart, at der er en opfattelse af, at behandling af selvskade kræver specialiseret viden og kvalificeret personale (Nationella vård- och insatsprogram, 2025, Westling et al., 2016). Derudover fremhæves det også i flere af de udvalgte kilder, at behandlingen af selvskadende adfærd bør være empatisk (Nationella vård- och insatsprogram, 2025) og "medmenneskelig" (Westling et al., 2016: 2). Af specifikke indsatser synes dialektisk adfærdsterapi (på svensk DBT) at være fremhævet som virksomt flere gange, men også forskellige versioner af Emotion Regulation Individual Therapy (ERGT) og mentaliseringsbaseret terapi (MBT).

6.3 Norske erfaringer og praksis

I Norge har Helsedirektoratet udarbejdet faglige anbefalinger og vejledende materiale til de norske kommuners arbejde med selvskadende adfærd (Tørmoen et al., 2017). Her skriver Helsedirektoratet, at der er et stort potentiale hos kommunerne ift. at reducere forekomsten af både selvskadende adfærd og selvmord (Tørmoen et al., 2017: 3). Helsedirektoratet understreger også potentialet ved at arbejde på flere niveauer med borgeren, og beretter om, hvordan det har vist lovende resultater på selvmordsområdet at uddanne kommunalt sundhedspersonale i viden derom og lave oplysningskampagner mm. (Tørmoen et al., 2017: 3). Selvom disse faglige anbefalinger relaterer sig mod selvmordsforebyggelse, er selvskadende adfærd uden suicidal intention også en del af det. I de faglige anbefalinger definerer Helsedirektoratet

selvskadende adfærd, som skader en person har påført sig uden intentionen om at dø (Tørmoen et al., 2017: 47). Her skriver Helsedirektoratet samtidig, at selvskadende adfærd ofte bruges som en funktion til at håndtere sine følelser eller som håndtering af interpersonelle udfordringer (Tørmoen et al., 2017: 47). I tråd med den foregående litteratur peger Helsedirektoratet også på, at selvskadende adfærd kan være svær at slippe for de selvskadende, fordi selvskaden udfylder en funktion, som de ellers ville mangle (Tørmoen et al., 2017: 47). Helsedirektoratet anbefaler videre, at man er opmærksom på social smitte, når det kommer til selvskadende adfærd. Det vil sige, om personer med selvskadende adfærd påvirker hinanden negativt ved at "smitte" hinanden i udøvelsen af selvskade (Tørmoen et al., 2017: 50).

Helsedirektoratet har også lavet en trinvis vejledning for, hvordan man skal arbejde med borgere med selvskadende adfærd, der ikke har været i behandling før. Vejledningen er målrettet *"ledere og medarbejdere i kommunale sundheds- og omsorgstjenester, som har ansvar for at forebygge, opdage, afværge og/eller følge op på personer, der udsætter sig selv for selvskade og/eller er i risiko for selvmord"* (Tørmoen et al., 2017: 53). Vejledningen er inddelt i fem trin, 1) identificer, 2) kortlæg, 3) afgør, 4) intervenser, og hvis behovet er stort nok, så 5) henvis borgeren til det specialiserede sundhedsvæsen (Tørmoen et al., 2017: 30-37).

Første trin handler blandt andet om at sætte sig ind i borgerens livssituation, og der kigges ind i personens psykiske baggrund (Tørmoen et al., 2017: 33). Helsedirektoratet understreger, at dette skal gøres med en omsorgsfuld kommunikation, hvor man behandler borgeren med respekt, og giver denne selvbestemmelse (Tørmoen et al., 2017: 33). Andet trin "kortlæg" handler også om at kigge ind i borgerens mønster ift. den selvskadende adfærd, fx hyppighed, metode, alvorsgrad osv. Det tredje trin "afgør" handler om at vurdere, hvorvidt de to forudgående trin udgør et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere, hvor borgeren skal henvises til for at få den rigtige behandling (Tørmoen et al., 2017: 36). Her understreger Helsedirektoratet også, at det er vigtigt med et tværfagligt blik på behovet for indsatser og behandling, og at kommunerne bliver klædt på i samarbejde med psykiatrien. Det fjerde trin handler om at intervenere - altså at sætte en intervention i gang - og sideløbende med det begynde at afsøge borgerens muligheder for alternative mestringsstrategier. Derudover laves der en krise-/sikkerhedsplan, hvis personens selvskadende adfærd har en vis alvorsgrad, eller hvis personen vurderes som selvmordstruet (Tørmoen et al., 2017: 36). Det femte og sidste trin handler om, at borgeren skal henvises til mere specialiserede indsatser, som fx indsatser i psykiatrien eller lignende, hvis vedkommende har brug for det (Tørmoen et al., 2017: 39). Hvis borgeren er kendt i systemet, erstattes trin 1, 2 og 3 af overføring af information, revurdering af deres tilbud og ikke mindst opfølgning på deres nuværende behandling.

Af mere generelle anbefalinger lægger Helsedirektoratet også meget vægt på det ledelsesmæssige ansvar i arbejdet med selvskadende og selvmordstruede borgere. Her understreger Helsedirektoratet, at det kræver rutiner i arbejdsorganiseringen for

sparring og støtte for at skabe tryghed hos de ansatte. Herunder aflastningssamtaler og løbende undervisning i at håndtere det (Tørmoen et al., 2017: 17-18). Helsedirektoratet anbefaler opkvalificering og fokus på, at de ansatte har de rette kompetencer til at stå i arbejdet med denne målgruppe. Det handler dog også om, at man som ansat aldrig bør være alene om en borger, men at man er sikret gennem rutiner at have sparring og erfaringsudveksling om en borger (Tørmoen et al., 2017: 18). En anden anbefaling, som er gennemgående for deres vejledning til arbejdet med målgruppen er, at opfølgning på borgerne er en grundsten. Derfor skal der være en kontaktperson fra kommunen, som hele tiden følger op på, om borgeren er i det rette tilbud (Tørmoen et al., 2017: 21).

De norske anbefalinger er i høj grad i tråd med både de danske og svenske erfaringer på området, hvor vi også så anbefalinger som at behandle det enkelte menneske med respekt og omsorg. Vi så også, at kompetencer og opkvalificering fremhæves på tværs af mange kilder, og er en central forudsætning for at kunne arbejde med målgruppen. På samme måde som i den danske og svenske litteratur, var der ingen norsk litteratur, der udelukkende fokuserer på svær selvskadende adfærd. I stedet behandles selvskade her mere indirekte ved at der fx omtales behandling af mere akut eller gentagende selvskadende adfærd, og dermed svære tilfælde af selvskadende adfærd

6.4 Opsamling på den grå litteratur

Den grå litteratur vi har gennemgået, består af rapporter, evalueringer, en litteraturopsamling samt anbefalinger fra myndigheder til behandlere i både psykiatrien og kommunerne. Derudover indgår Sveriges nationale strategi for arbejde med selvskade og en afdækning af perspektiver fra unge borgere med selvskadende adfærd. Litteraturen spænder således bredt, og giver indblik i praksis på området i både Danmark og Sverige, mens det var vanskeligere at opspore norske erfaringer, hvilket resulterede i mindre litteratur herfra.

På tværs af de danske, svenske og norske anbefalinger går visse centrale elementer igen.

1. For det første fremhæves vigtigheden af, at personalet møder selvskadende borgere med omsorg, nysgerrighed og respekt, skaber åben dialog og lytter til den individuelle historie (Tørmoen et al., 2017; Psykiatrien Region Sjælland, 2025d; Implement, 2018; Psykiatrien i Region Syddanmark, 2025b; Ilsvard, 2016; Ilsvard 2017; Westling et al., 2016; Nationella vård- och insatsprogram, 2025).
2. For det andet understreges behovet for, at personalet har uddannelse og viden om selvskadende adfærd (Tørmoen et al., 2017; Psykiatrien Region Sjælland, 2025d; Implement, 2018; Ilsvard, 2016; Ilsvard 2017; Westling et al., 2016; Nationella vård- och insatsprogram, 2025).
3. For det tredje fremhæves vigtigheden af at støtte den selvskadende i at udvikle færdigheder, kompetencer og nye mestringsstrategier (Tørmoen et al.,

2017; Psykiatrien Region Sjælland, 2025d; Implement, 2018; Psykiatrien i Region Syddanmark, 2025b; Ilsvard, 2016; Nationella vård- och insatsprogram, 2025).

Når vi vælger at fremhæve den første gennemgående anbefaling om at lytte til den individuelle borger, er det fordi det ofte betones, at netop denne målgruppe med personer med selvskadende adfærd ofte har meget forskelligartede problemer. På tværs af den grå litteratur fremhæves vigtigheden af at se den enkelte borger frem for at behandle målgruppen af personer med selvskadende adfærd ens. Det kalder på et skærpet behov for individuel behandling og tid til at afdække og forstå den enkeltes mønster med selvskadende adfærd.

Derudover indeholder nogle anbefalinger unikke elementer. F.eks. foreslår Psykiatrien Region Sjælland brug af sanseintegration, herunder redskaber som kugledyner (Psykiatrien Region Sjælland, 2025d). En anden anbefaling handler om at udpege en fast kontaktperson til borgeren for at sikre kontinuitet i behandlingen (Westling et al., 2015). Helsedirektoratet i Norge anbefaler desuden organisatoriske rutiner for sparring og støtte - særligt i arbejdet med svær selvskade og selvmordsforsøg (Tørmoen et al., 2017). Det er dog vigtigt at påpege, at dette ikke nødvendigvis betyder, at de resterende steder ikke opfatter de ovenstående anbefalinger som vigtige, men blot at de ikke har valgt at eksplicitere dem i deres korte anbefalinger, eller at vi har overset pointen i det udsnit, vi har afdækket.

Grundlæggende er der mange pointer, som går på tværs af praksiserfaringerne med arbejdet med selvskadende adfærd i både Danmark, Sverige og Norge. Der synes således at være basis for at udvikle anbefalinger på et relativt oplyst grundlag. Der er dog fortsat det forbehold, at vi har valgt at inkludere litteratur på tværs af sektorer – herunder sektorer uden for socialområdet - og at litteraturen ikke specifikt fokuserer på svær selvskadende adfærd. Der er flere mulige forklaringer på, hvorfor vi ikke har fundet litteratur specifikt om svær selvskadende adfærd. To mulige forklaringer er, at der 1) ikke eksisterer viden om arbejdet med den specifikke målgruppe af svært selvskadende, eller 2) at behandlingen af selvskadende adfærd som udgangspunkt har samme basiselementer på tværs af alvorsgrad. På baggrund af den fremsøgte litteratur er det ikke muligt at afgøre, hvilken af forklaringerne vi kan tillægge størst forklaringskraft. Men da vi ikke finder argumenter *imod*, at man kan bruge den generelle tilgang til arbejdet med selvskadende adfærd til målgruppen af svært selvskadende, vælger vi fortsat at trække inspiration herfra. Fundene fra den grå litteratur kræver dog en oversættelse til en socialfaglig kontekst.

6.5 Litteratur

Andersen, Sofie (2019). Sverige går forrest i kampen mod selvskade. Foreningen spiseforstyrrelser & selvskade. Link: [Sverige går forrest i kampen mod selvskade | Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025)

Bjureberg, Johan, Björn Axel Johansson, Agneta Pettersson, Karin Wilbe Ramsay, Carl Gornitzki, Sara Fundell, Martina Lundqvist og Jenny Odeberg (2024). Förebygga självskadebeteende och suicidförsök hos barn och ungdomar – effekter av riktade interventioner. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering.

Tørmoen, Anita Johanna, Ingeborg Lunde, Ellen Hoxmark, Rita Småvik, David Galea, Andrew Sak, Lars Mehlum, Erlend Mork og Frederik Walby (2017). Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging - Nasjonale faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet

Ilsvard, Sofie (2016). Virksomme indsatsselementer i behandlingen af selvskadende adfærd – En litteraturgennemgang. Aarhus N: Metodecentret.

Ilsvard, Sofie (2017). Unge med selvskadende adfærd og deres oplevelser med behandlings- og socialpsykiatrien - En interviewundersøgelse. Aarhus N: Metodecentret.

Implement (2018). Erfaringsopsamling om gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd. Hellrup: Implement Consulting Group. Afrapportering udarbejdet for Sundhedsstyrelsen

Kaalbye, Carsten (2025). Interview med Områdechef for Området for Socialpsykiatri, Region Nordjylland om kommende botilbud Bifrost. Interview foretaget 14-02-25.

Nationella vård- och instatsprogram (2025). Självskadebeteende. Uppdrag Psykisk Hälsa. Link: [Nationella vård- och insatsprogram](#) (sidst besøgt: 25-02-2025)

Nordenkjær, Mai-Britt og Elisabeth Winkler Pedersen (2012). En brugbar tilgang til psykiatrisk sygepleje. Sygeplejersken 2012 nr.12: 68-70

Psykiatrien og Speciaalsektoren, Region Nordjylland (2022). Beskrivelse af nyt botilbud til unge med svær selvskadende adfærd. (Sidst besøgt: 06-03-2025)

Psykiatrien Region Sjælland (2025a). Ekspertgruppen for udvikling af Fællesstrategien for håndtering af selvskade. Psykiatrien Region Sjælland. Link: [Ekspertgruppen for udvikling af Fællesstrategien for håndtering af selvskade - Psykiatri](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025)

Psykiatrien Region Sjælland (2025b). Om fællesstrategien. Psykiatrien Region Sjælland. Link: [Om fællesstrategien - Psykiatri](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025)

Psykiatrien Region Sjælland (2025c). SAFE App. Psykiatrien Region Sjælland. Link: [SAFE App - Psykiatri](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025)

Psykiatrien Region Sjælland (2025d). Selvskadens 10 interventioner. Psykiatrien Region Sjælland. Link: [Selvskadens 10 interventioner - Psykiatri](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025)

Psykiatrien Region Sjælland (2025e). Foldere og podcast. Psykiatrien Region Sjælland. Link: [Foldere og podcast - Psykiatri](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025)

Psykiatrien Region Sjælland (2025f). Koncept for håndtering af selvskade. Psykiatrien Region Sjælland. Link: [Koncept for håndtering af selvskade - Psykiatri](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025)

Psykiatrien Region Syddanmark (2025a). Safewards. Psykiatrien Region Syddanmark. Link: [Safewards - Brugbar model til flere områder af psykiatrien](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025).

Psykiatrien Region Syddanmark (2025b). Mindre tvang - mere frivillighed. Link: [Mindre tvang, mere frivillighed - hovedindsats for psykiatrisygehuset](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025).

Rambøll (2022). Evaluering af satspuljen styrket indsats til mennesker med spiseforstyrrelse og selvskade. 1. version. København S: Rambøll Management Consulting.

SHEDO (2025). Om oss. SHEDO. Link: <https://www.shedo.se/omoss/> (Sidst besøgt: 25-02-2025)

Sundhedsstyrelsen (2018). Styrket indsats for mennesker med spise-forstyrrelser og selvskade: delpulje om kapacitets-udvidelse. Sundhedsstyrelsen. Link: [Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade - Sundhedsstyrelsen](#) (Sidst Besøgt: 25-02-2025)

Westling, Sofie, Sophie Liljedahl, Mattias Holmqvist Larsson, Hannah Parnén, Maria Zetterqvist og David Ershammar (2016). Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin. Nationella Självskadeprojektet.

7 Fund fra interviewundersøgelse blandt fagpersoner

I dette kapitel vender vi opmærksomheden mod perspektiver og praksiserfaring fra medarbejdere på danske botilbud, bostøtter og myndighedsrådgivere. Vi har interviewet 13 medarbejdere fra seks forskellige botilbud, fire bostøtter fra to forskellige kommuner, og slutteligt har vi også interviewet fire myndighedsrådgivere fra tre forskellige kommuner. Datagrundlaget for interviewundersøgelsen består derfor af perspektiver fra 21 fagpersoner, som arbejder med målgruppen af voksne mennesker med svær selvskadende adfærd på forskellige måder inden for det socialfaglige område.

Gennem interviewene søger vi at afdække, hvilke udfordringer og dilemmaer fagpersonerne oplever i deres arbejde med målgruppen. Vi ønsker dog også at afdække, hvad fagpersonerne allerede oplever som virkningsfuldt i deres arbejde med målgruppen. Dette vil udgøre en stor del af grundlaget for de anbefalinger, som vi udarbejder på baggrund af vores vidensafdækning. Vi afrapporterer perspektiverne fra medarbejdere på botilbud, bostøtter og myndighedsrådgivere særskilt i de følgende afsnit.

7.1 Perspektiver fra medarbejdere på botilbud

I dette afsnit undersøger vi botilbuddenes erfaringer med svært selvskadende voksne for at belyse deres faglige tilgange, og de udfordringer de oplever i arbejdet med denne målgruppe. Vi har interviewet medarbejdere fra seks botilbud (i alt 13 fagpersoner).

I det følgende vil vi først beskrive botilbuddenes målgrupper og fagpersonernes vurderinger af selvskadens omfang blandt deres beboere med henblik på at illustrere, hvad fagpersonerne taler ud fra. Derefter undersøger vi, om medarbejderne arbejder ud fra en fælles faglig retning ift. selvskadende adfærd, og hvilke metoder og faglige tilgange de finder virkningsfulde i arbejdet med målgruppen. Vi undersøger også de situationer, der udfordrer fagpersonerne, og hvordan organisatoriske strukturer påvirker deres arbejde. Sidstnævnte bliver særligt relevant, idet flere botilbud peger på, at rammerne er afgørende for arbejdet med målgruppen af svært selvskadende voksne.

Afslutningsvist præsenterer vi botilbuddenes anbefalinger til det socialfaglige arbejde med målgruppen, deres behov for mere viden og forslag til forbedringer i praksis. Formålet er at identificere erfaringer, der kan styrke den socialfaglige indsats i arbejdet med målgruppen af svært selvskadende voksne.

Det er vigtigt at understrege, at disse interviews er foretaget semistruktureret og, at fagpersonerne har svaret ud fra deres umiddelbare tanker, hvilket betyder, at

interviewene ikke følger den eksakt samme opbygning. Vi har valgt denne tilgang for, at fagpersonerne fik mulighed for at sætte fokus på, hvad de opfattede som virkningsfuldt og/eller vanskeligt i arbejdet med målgruppen. Det betyder dog samtidig, at vores oversigter ikke skal tolkes som udtømmende lister over botilbuddenes praksis, men i stedet en afspejling af, hvad fagpersonerne har valgt at fremhæve i interviewet.

7.1.1 Botilbuddenes målgruppe, størrelse og erfaring med svær selvskadende adfærd

På alle seks botilbud er diagnosebilledet meget bredt. Mange af botilbuddene rummer borgere med misbrugsproblematikker eller andre sociale problemstillinger, mens halvdelen af botilbuddene også har borgere, der lider af spiseforstyrrelse. Det er vigtigt at pointere, at disse lister af diagnoser ikke er udtømmende, og at der kan være andre diagnosegrupper. Ikke desto mindre giver det et indtryk af en meget differentieret målgruppe, hvor der kan være stor forskel på behov fra beboer til beboer.

Alle botilbuddene er midlertidige botilbud efter servicelovens § 107. Det betyder, at der er tale om *"midlertidige ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det"*¹⁸. Botilbuddene varierer i størrelse fra 10-15 beboere og op til 20-25 beboere, som det ses i display 1 nedenfor.

Der er variation i både omfanget og alvorsgraden af selvskadende adfærd på botilbuddene. Der er både botilbud, der rapporterer om få beboere med selvskadende adfærd og botilbud, hvor flertallet af beboerne har selvskadende adfærd. Fælles for alle de interviewede fagpersoner er, at de på et eller andet tidspunkt har stiftet bekendtskab med svær selvskadende adfærd. Fagpersonerne fortæller om erfaringer med selvskadende adfærd hos beboerne i mange forskellige former, herunder fx cutting, og åreladning. Flere fagpersoner fortæller også, at de har oplevet livstruende selvskadende adfærd og i visse tilfælde også decideret selvmordsforsøg. På interviewtidspunktet er der variation i alvorsgraden af den selvskadende adfærd på botilbuddene, men alle botilbuddene har minimum én aktivt selvskadende borger boende på interviewtidspunktet.

¹⁸ [Serviceloven § 107](#)

Display 1: Beskrivelse af botilbuddene som cases.

Case	Paragraf og antal borgere	Alder	Målgruppe	Omfang og alvorsgrad af selvskade på botilbuddet
Case 1	§ 107 10-15 beboere	18-39 år	Unge mennesker med psykosociale problemstillinger Bredt diagnosebillede med autisme, skizofreni, borderline. Derudover flere med misbrugsproblematikker.	Få beboere ad gangen med selvskadende adfærd. Dog erfaring med alt fra svær og livstruende selvskade til mere mild/moderat selvskade.
Case 2	§ 107 20-25 beboere	18-65 år	Voksne med svære sociale og psykiske problemer. Særligt tilrettet til dem der samtidig har en spiseforstyrrelse.	Relativt udbredt blandt beboerne. Erfaring med alt fra svær og livstruende selvskade til mere mild/moderat selvskade.
Case 3	§ 107 10-15 beboere	18-35 år	Et psykiatrisk bosted for unge. Bredt diagnosebillede med autisme, skizofreni, borderline. Derudover misbrugsproblematikker og spiseforstyrrelser.	Flertallet af beboerne har selvskadende adfærd i forskellige grader. Erfaring med både svær og livstruende selvskade samt mere mild/moderat selvskade.
Case 4	§ 107 15-20 beboere	18-65 år	Voksne med svære psykiske og sociale udfordringer. Bredt diagnosebillede med autisme, skizofreni, borderline, depression, hjerneskader. Derudover rusmiddelproblematikker.	Få beboere ad gangen med selvskadende adfærd. Dog erfaring med alt fra svær og livstruende selvskade til mere mild/moderat selvskade.
Case 5*	§ 107, § 108 og § 104 15-20 beboere	18-40 år	Voksne og unge med psykiatriske problemstillinger. Bredt diagnosebillede med autisme, skizofreni, borderline, ADD, ADHD, OCD. Derudover misbrugsproblematikker og spiseforstyrrelser samt andre relaterede problemstillinger.	25-75% af beboerne har selvskadende adfærd, afhængigt af afdelingen. Erfaring med både svær og livstruende selvskade samt mere mild/moderat selvskade.
Case 6	§ 107 15-20 beboere	18-30 år	Unge med psykisk sårbarhed og behov for støtte. Diagnosebillede dækker blandt andet skizofreni, personlighedsforstyrrelse, angst, spiseforstyrrelse og dobbeltdiagnoser.	10-50% af beboerne har selvskadende adfærd, men tallet svinger. Erfaring med både svær og livstruende selvskade samt mere mild/moderat selvskade.

Note: Antal beboere er angivet i intervaller for anonymitet. * Denne case er markeret, fordi der deltog medarbejdere fra flere afdelinger af et botilbud, som dækker over forskellige målgrupper. Vi har dog valgt at slå deres målgruppe sammen, eftersom deres pointer afspejler alle tre afdelingers erfaringer.

Af display 1 fremgår det, at alle seks botilbud har erfaring med selvskade, herunder også svær selvskade. Samtidig viser den kombinerede forekomst af selvskade og diagnoser som blandt andet autisme, skizofreni og borderline et billede af en målgruppe med relativt svære sociale og psykiske problematikker.

7.1.2 Botilbuddenes faglige tilgang og metodiske grundlag

For at undersøge, hvad medarbejderne på botilbuddene oplever som virkningsfulde redskaber i arbejdet med målgruppen, har vi afdækket, hvordan botilbuddene arbejder med målgruppen på interviewtidspunktet. Vi har undersøgt, om botilbuddene opererer med en fælles faglig retning for den socialfaglige indsats og, hvorvidt de fremhæver konkrete metoder i deres arbejde med målgruppen af borgere med svær selvskadende adfærd. Derudover har vi også undersøgt, hvilken forståelse af selvskade botilbuddene arbejder ud fra.

For at tydeliggøre de individuelle forskelle i praksis giver vi i display 2 nedenfor et kondenseret overblik over, (1) hvordan medarbejderne beskriver botilbuddets forståelse af selvskadende adfærd, (2) botilbuddets faglige tilgang til selvskadende adfærd, (3) konkrete fremhævede metoder og (4) hvorvidt de interviewede fagpersoner oplever, at der er en fælles faglig retning på botilbuddet.

Display 2: Selvskadeforståelse, faglig praksis og konkrete metoder

Case	Selvskade-forståelse	Faglig tilgang – generel praksis	Konkrete metoder	Er der en fælles faglig retning?
Case 1	Ser selvskaden som et symptom på en "ubærlig tilstand".	Arbejde med borgerens empowerment gennem ansvar. Fokus på skadesreduktion frem for urealistisk stop. Arbejde med andre mestringsstrategier, som fx sanseindtryk. Dialog om, hvilken funktion selvskaden udfylder for borgeren	Mentalisering.	Ja. Relativt stort fokus på ensretning og fælles faglig retning. Fx formaliseret i mapper med handlingsanvisninger.
Case 2	Ser selvskaden som et udtryk for følelser, der er svære at håndtere.	Fokus på det relationelle gennem anerkendelse, tro, håb og forandring. Arbejder med fokus på at lave et validerende miljø ud fra DAT-redskaber. Fokus på Åben dialog, også i netværksarbejde. Fokus på at skabe en meningsfuld hverdag med værdi som menneske.	Dialektisk adfærdsterapi (DAT) Åben dialog Kædeanalyse Low Arousal planer (LA2) – herunder trivsels-, trygheds- og læringsplaner.	Ja. Fast opkvalificering og undervisning i de samme metoder.

Case 3	Selvskade er en usund mestringsstrategi, som udfylder et behov og en funktion for borgeren.	Fokus på, at borgerens synspunkt er afgørende og på, at borgeren føler sig hørt. Arbejde med at finde andre mestringsstrategier. Arbejde med borgerens empowerment gennem ansvar, ligesom forandringen skal komme inde fra borgeren. Fokus på skadesreduktion frem for absolut stop.	Dialektisk adfærdsterapi (DAT) Åben dialog Recovery-forståelse.	Ja. Fast opkvalificering i metoder og sidemandsoplæring. Faste redskaber såsom trivselsplaner og lignende for borgerne.
Case 4	Selvskade er en form for sprog i mangel på bedre håndtering af svære følelser.	Fokus på altid at være til rådighed for borgeren. Dialog som et primært redskab. Fokus på at validere borgerens følelser og fjerne skammen omkring selvskaden. Fokus på skadesreduktion og minimering af risici ved selvskaden. Bevidsthed om at undersøge, hvilken funktion selvskaden har for borgeren.	Dialektisk adfærdsterapi (DAT) Åben dialog Low Arousal planer (LA2) – herunder trivsels-, trygheds- og læringsplaner Risikovurderinger.	Til dels. Der er proceduremappe, hvor selvskade indgår, men ikke sådan, at der italesættes en fælles retning som sådan. Dog er der arbejde med specifikke metoder, hvor der også udøves supervision på.
Case 5	Selvskade som et nødråb og som en mestringsstrategi der udfylder en funktion.	Fokus på afdækning af dybere baggrund for, hvorfor borgeren selvskader. Fokus på at udvikle en relation med tillid og tryghed. Fokus på skadesreduktion. Arbejde med alternative mestringsstrategier. Belønningsskemaer som redskab til at minimere selvskaden. Fokus på medinddragelse i valg omkring behandling for at skabe ejerskab for borgeren.	NADA Neoaffektiv analyse Sanseprofiler Low Arousal planer (LA2) – herunder trivsels-, trygheds- og læringsplaner KRAP.	Ja. Fx manualiseret arbejde med trivsels-, trygheds- og læringsplaner for borgeren. Fælles retning skabes også gennem kurser, sparring og undervisning.
Case 6	Adfærden er udløst af et traume, som borgeren forsøger at håndtere.	Fokus på at bevare roen i akutte situationer og bringe roen til borgeren. Arbejdet med at reducere borgerens selvskade er en individuel vurdering ud fra borgerne. Fokus på ro gennem fysisk kontakt, fx kram. Fokus på empowerment.	Low Arousal.	Nej. Forskel i, hvad de individuelle fagpersoner gør. Har en ambition om at opbygge en fælles faglig retning for selvskadende og spiseforstyrrede.

Selvskadeforståelse og faglig praksis

Forskellig faglig praksis før, under og efter en selvskadeepisode

Som udgangspunkt for botilbuddenes arbejde med målgruppen skelner medarbejderne initialt mellem de fokuspunkter, de har før, under og efter en selvskadeepisode. Før en selvskadeepisode ligger alt det forebyggende arbejde som foregår i "fredstid", dvs. hvor borgeren ikke aktivt er selvskadende i øjeblikket, men hvor borgeren har mere ro på. Det kunne fx være dét at opbygge en god relation med borgeren og dét at udvikle alternative mestringsstrategier, som derefter kan bruges til at afværge en akut situation. Under den selvskadende adfærd og i de mere akutte situationer kan det modsat være fx skadesreduktion, der er det primære fokus. Medarbejderne fremhæver, at det i de meget akutte situationer handler om at minimere, hvor livstruende selvskaden er og ikke mindst være på vagt ift. at få ydet sundhedsfaglig hjælp eller tilkaldt denne.

Efter selvskadeepisoderne har medarbejderne forskellige tilgange til, hvordan de taler med borgeren om, hvad der er sket. Flere af botilbuddene arbejder med skemaer, hvor det kan evalueres, hvad personalet kunne have gjort anderledes. Nogle af botilbuddene arbejder også med skemaer, hvor borgeren reflekterer over, hvad de selv kan gøre anderledes fremover for at undgå selvskadeepisoderne eller gøre dem mindre akutte. Derudover er der også nogle af botilbuddene, der arbejder med at "give ansvar tilbage til borgerne". Det kan fx indebære, at borgerne skal være med til at rydde op efter selvskaden eller lignende. Formålet med at give ansvar tilbage til borgeren er, at borgeren får forståelse for, hvad det vil sige at leve med selvskaden som et vilkår i sit liv og kompetencer til at håndtere det. Det skal imidlertid ikke ses som en strategi eller tilgang, som medarbejderne anvender for at straffe eller skræmme borgeren fra at anvende selvskade. I stedet skal det ses som forsøg på at få borgeren til at forholde sig aktivt og hensigtsmæssigt til konsekvenserne af at anvende selvskade, fx at der skal gøres rent eller, at man skal på sygehuset. Med andre ord handler det for botilbuddene om at arbejde med en empowerment-tankegang, som ruste borgeren til at leve (mere sikkert og afklaret) med selvskaden og dens konsekvenser.

Empowerment-tankegangen ses også, når flere af botilbuddene har en praksis om, at borgerne selv skal sørge for at købe plastre og forbindinger, mens andre arbejder med, at borgeren skal hjælpe med at gøre rent eller selv tage på skadestuen efter en selvskadeepisode (i det omfang det giver mening og der naturligvis ikke er tale om meget akutte eller livsfarlige situationer).

Selvskadeforståelse

På tværs af næsten alle de interviewede fagpersoner fra botilbuddene ser vi et mønster i, at selvskade forstås som noget, der udfylder en funktion for borgeren (for

overblik over botilbuddenes selvskadeforståelser se display 2). På tværs af botilbuddene beskriver flere fagpersoner selvskade som en usund mestringsstrategi, som borgeren anvender for at håndtere svære følelser. To af botilbuddene beskriver også selvskade som et sprog, som borgerne benytter i mangel på et bedre sprog for disse svære følelser, og i nogle tilfælde også som et nødråb til sine omgivelser.

Det er vigtigt at være undersøgende på borgerens funktion af selvskaden

Eftersom stort set alle fagpersonerne ser selvskadende adfærd som en mestringsstrategi og som en funktionel adfærd, er der også mange, der lægger vægt på at forsøge at undersøge funktionen bag adfærden sammen med borgeren. Flere fagpersoner beskriver det som afgørende at være nysgerrig og undersøgende på, *hvorfor* borgeren selvskader. Det påpeges fx, at det er vigtigt ikke at lægge ord i munden på borgeren, men i stedet rent faktisk at lytte til deres formuleringer og respondere på dem - frem for at forsøge at tage over med mulige forklaringer eller gode råd (case 5, case 3).

Det relationelle fundament

Flere fagpersoner fremhæver samtidig vigtigheden af at danne en god relation med borgere, og ser det som en forudsætning for at kunne arbejde med borgerens selvskadende adfærd. I forlængelse af det ovenstående afsnit om at være undersøgende i dialogen med borgeren står det frem, at arbejdet med målgruppen kræver, at borgeren har tillid til medarbejderen og lyst til at dele sine tanker og følelser. En af de medarbejdere der peger på vigtigheden af en god relation til borgeren, påpeger dog samtidig, at en god relation ikke er det samme som at være privat med borgeren. Det betyder blot, at medarbejderen har en professionel god og tillidsfuld relation bygget på omsorg for borgeren (case 6). En anden medarbejder fortæller også, hvordan dét at have en god relation øger sandsynligheden for at hjælpe borgeren, før de "ryger over i selvskade" (case 5). Denne fagperson forklarer, at det handler om, at borgerne er mere tilbøjelige til at dele deres tanker og tang til selvskade, når de er trygge, og har tillid til medarbejderne.

Validering af borgernes følelser

Flere af medarbejderne fremhæver, at det er afgørende at validere borgerens følelser i dialogen med dem. Medarbejderne uddyber, at valideringen hjælper borgerne med ikke at føle sig forkerte, og dermed også minimerer den skam, som der ofte følger med selvskaden (case 4, case 2). En af fagpersonerne peger uddybende på, at validering af følelser, som borgeren forbinder med selvskade, kan hjælpe borgeren med at identificere optakt til selvskade (case 2). Årsagen til dette er, at borgeren lærer, hvilke følelser der går forud for selvskaden, hvilket igen giver borgeren mulighed for

at genkende disse følelser næste gang og dermed nå at informere medarbejderne om, at selvskaden er på vej eller afprøve en alternativ mestringsstrategi (case 2).

Alternative mestringsstrategier

Validering af borgerens følelser er også et skridt i retning af at kunne sætte andre mestringsstrategier i stedet for selvskaden. Alternative mestringsstrategier fremhæves på tværs af botilbuddene som et vigtigt arbejde mod at reducere selvskaden. Det handler grundlæggende om at hjælpe borgerne til at gøre noget andet, når de mærker trang til adfærden. Fx fortæller en medarbejder om, hvordan de arbejder med sanseoplevelser, der kan stå i stedet for selvskaden, fx isbad, gåture, aromaterapi, elastikker til håndleddet eller køre en tur (case 1). På et andet botilbud fortæller de også om, at de udsætter trangen til selvskade ved at sætte aktiviteter i stedet for selvskaden (case 2). Det vil sige, at udover de sanselige alternative mestringsstrategier, kan sociale aktiviteter også sættes i stedet for selvskaden, det kunne fx være at hække sammen med de andre beboere eller med en medarbejder til facilitering eller lignende aktiviteter.

Skadesreduktion

Blandt fagpersonerne synes der også at være en bred opfattelse af, at det er urealistisk og uvirksomt at arbejde direkte mod et absolut stop af selvskaden. I stedet fortæller mange af fagpersonerne om, hvordan de arbejder med at minimere selvskaden og minimere sikkerhedsrisikoen ved de former for selvskade, som borgeren anvender. Især for målgruppen med svær selvskade kan det virke mod formålet, hvis man forsøger at stoppe den selvskadende adfærd med det samme. En medarbejder fortæller følgende om deres praksis:

"I første omgang snakker vi rigtig meget om at skadesreducere. Vi ved godt, at hvis vi ligesom presser dem til helt at stoppe den her adfærd, så stiger trangen bare endnu mere, og så kan den adfærd, den selvskade der kommer efterfølgende være det mere voldsom. Så derfor snakker vi rigtig meget om at nedbringe det til et mindre livstruende [red: niveau], hvor vi prøver at sætte andre ting i stedet. Og vi prøver at træne dem i at kunne gøre noget, der sådan tilnærmelsesvis minder dem om det, de får ud af selvskaden. Og det er jo en kæmpe lang proces" (case 5, medarbejder).

Interviewuddraget viser, hvordan medarbejderen har erfaret, at det kan virke mod hensigten, hvis man forsøger at stoppe selvskaden fuldstændig, idet det risikerer at øge trangen til selvskade. Derfor arbejder de på dette botilbud i stedet med skadesreduktion, hvor der arbejdes mod at skrue ned for, hvor livstruende selvskaden

er og dertil arbejde hen mod en proces, hvor selvskaden bliver mindre og mindre - altså "en kæmpe lang proces" (case 5). Denne pointe er der flere medarbejdere, der fremhæver. Faktisk er det tæt på alle botilbuddene, der fremhæver, at de arbejder med skadesreduktion frem for absolut stop (case 1, 3, 4, 5).

Empowerment

To af botilbuddene fremhæver, hvordan de gennem erfaring har ændret praksis hen mod at få borgerne til at tage mere ansvar for egne handlinger (case 1 og 3). Dette gør de med henblik på at ruste borgerne til at kunne klare sig "i den virkelige verden" (case 1). Derfor stoppede personalet med at køre beboerne på skadestuen, hvilket de hidtil havde gjort, for at få borgerne til selv at tage ansvar for denne transport. Dette hang også sammen med en erfaring om, at nogle borgere ønskede denne 1-1 kontakt med personalet så meget, at det kunne fremprovokere selvskaden (case 1). Efter personalet stoppede med at køre og tage med beboerne på skadestuen, oplevede de en nedgang i antal gange, borgerne skulle på skadestuen (case 1). I det hele taget beskriver fagpersonerne på dette botilbud, hvordan de som personale har skulle gentænke deres syn på borgeren, hvor de tidligere ville have udtrykt overfor borgeren, at de synes det var meget synd for dem, mens de nu arbejder mere recovery-orienteret for at styrke borgerens evner til at leve med selvskaden. En medarbejder fortæller følgende:

"Hvor nu er vi måske lidt bedre til at tænke ind i forhold til empowerment og recovery, det der med at sige, I er nødt til selv at have ansvar for eget liv. Og jeg kan huske, det er en meget tydelig sætning, vi havde fra vores VISO-supervisor, det er den samme person. I den der tanke om, "det er ikke synd for dem". Det kan man godt tænke, det er synd for dig, at du har det dårligt. Men det er det ikke. Det var synd for dem dengang de var små. Og der var ting omkring dem, der gjorde, at de har det sådan nu. Nu er det en del af deres liv. Og et vilkår. Så må de lære at håndtere det. Så du må gerne synes at det er synd, men det gør du oppe på kontoret, ikke nede ved borgeren. Måden man arbejder med dem på, at de skal lære at håndtere det her. Det er et vilkår for dem resten af deres liv." (case 1, medarbejder).

Interviewuddraget viser, hvordan medarbejderen oplever et skifte i deres tilgang, hvor de har bevæget sig hen mod en mere recovery- og empowerment-orienteret tilgang. Den samme erfaring har de også gjort sig på et andet botilbud, hvor en medarbejder fortæller, at dét at køre med dem på skadestuen forstærkede selvskaden, fordi det gav borgeren opmærksomhed og omsorg, og dette blev et eksempel på, hvordan medarbejdernes gode intentioner kunne være vedligeholdende for adfærden (case

3). Et tredje botilbud beretter også om, at de ikke kører med på skadestuen, netop for at "*sende lidt ansvar tilbage ... indpakket i en kærlig hånd*" (case 6). Flere andre botilbud arbejder også med empowerment-tankegangen. Disse botilbud arbejder fx med at fortælle borgerne, at de selv skal købe plastre eller andet udstyr til at håndtere deres egen selvskade (case 5 og 6).

Opsummerende om den faglige praksis

Opsummerende er der klare fællestræk på tværs af de seks botilbud. Selvskadeforståelsen synes groft sagt at være tilnærmelsesvis ens. Selvskaden ses som en funktion, som borgerne bruger til at håndtere svære følelser. Derudover ses det også på tværs, at botilbuddene arbejder undersøgende og nysgerrigt med borgerne for at undersøge, hvilken funktion selvskaden har for dem. I forlængelse heraf synes det også at gå på tværs, at fagpersonerne arbejder med at finde alternative mestringsstrategier, som kan sættes i stedet for selvskaden. For målgruppen af svært selvskadende synes mange fagpersoner at opfatte det som uvirksomt (og urealistisk) at arbejde med direkte stop af selvskaden. I stedet arbejder flere af botilbuddene med skadesreduktion og minimering af risici ved typen af selvskaden. Slutteligt er der flere af botilbuddene, hvor fagpersonerne fortæller om, at de arbejder med en empowerment og en recovery-tankegang ifm. den selvskadende adfærd. Det indebærer blandt andet, at personalet ikke systematisk kører eller tager med borgerne på skadestuen ved selvskadeepisoder. Formålet synes at være at opøve borgerne i at leve med selvskade som et vilkår i deres liv og ikke et forsøg på at straffe eller skræmme borgerne fra at anvende selvskade. Dette er dog ikke ens på tværs af botilbuddene, og der synes derfor at være en variation i håndtering deraf.

Konkrete metoder og oplevelsen af en fælles faglig retning

På tværs af botilbud svarer medarbejderne ja til, at de oplever at have en fælles faglig retning i deres arbejde med svært selvskadende borgere.¹⁹ Der er dog forskelle i, hvor formaliseret og nedskreven denne fælles faglige retning er. Når man dykker dybere ned i de faglige retninger på botilbuddene, viser det sig også, at der er forskel på, hvorvidt hele personalet handler tilnærmelsesvist ens, eller om der er større individuelle variationer i arbejdet med den selvskadende adfærd. Nogle af botilbuddene er meget klare i deres udtryk om, at de mener, at personalet bør følge samme faglige rammer for at sikre kontinuitet i arbejdet med at reducere borgerens selvskade (fx case 1), mens andre botilbud nærmere udtrykker, at der kan være forskel på tilgangen afhængigt af den pågældende fagperson (fx case 6). Et af de botilbud, som lægger stor vægt på kontinuiteten i en fælles faglig retning, er case 1, hvor en af

¹⁹ Et botilbud svarede først et tøvende nej, men ombestemte sig i snakken om deres praksis (case 4). Case 6 svarede ja, men blev mere og mere i tvivl i løbet af interviewet. Vær opmærksom på at vi i display 2 ikke kategoriserer case 6, som havende en fælles faglig retning.

fagpersonerne fortæller følgende, når hun adspørges til de bedste råd til socialfagligt arbejde med målgruppen af svært selvskadende voksne:

"Og være helt afstemt i personalegruppen med jeres rammer. Altså (supervisor red.) sagde det så fint på et supervisorsmøde "Så er det her rammen. Og det skal I lave spejderære på, så uanset hvad, så bryder I ikke rammen. Så er det, det her I går med" Så jeg tænker, det der med, det kommer aldrig til at fungere, hvis personalegruppen ikke er enige, eller hvis alle ikke kan lave den spejderære. Fordi så gør vi noget forskelligt."
(case 1, medarbejder).

Det er tydeligt, at den fælles faglige retning har stor betydning for denne medarbejder og for deres supervisor. Hvis ikke medarbejderne oplever, at der er en faglig retning, som de kan følge, kan det nemlig føre til frustration og en følelse af, at det "faktisk falder tilfældigt ud", hvordan det går med borgeren (case 6). Derudover kan det formentlig også være utrygt for borgeren, at der kan være variation i, hvordan akutte situationer bliver håndteret. En faglig retning kan således skabe højere kontinuitet i borgerens oplevelse af fagpersonernes tilgang, og det er noget, som mange af medarbejderne fremhæver som vigtigt.

Variierende former og grad af faglig retning

Selvom botilbuddene indledende fortæller, at de har en faglig retning, er der stor forskel på formen og graden af denne faglige retning. For nogle af botilbuddene betyder det, at deres arbejde med selvskadende adfærd er manualiseret og nedskrevet med konkrete metoder og trinvis vejledning i forskellige situationer fx ifm. håndtering af risiko-/sikkerhedsplaner (case 1, 2, 3 og 5). For andre botilbud ses en mere løs struktur, hvor nogle medarbejdere oplever at botilbuddets medarbejdere arbejder ud fra samme faglige retning og metode, men uden det nødvendigvis er noget, der er blevet italesat af ledelsen eller i den samlede personalegruppe (case 4). Der er også et enkelt botilbud, hvor en fagperson udtrykker et stort behov for mere viden og for mere faglig retning (case 6). Denne fagperson udtrykker, at deres arbejde med selvskadende adfærd på botilbuddet i nogen grad føles som at *"famle i blinde"* uden nogen *"enshed"* eller *"manual"* (case 6). Det skaber frustration, da medarbejderen kan blive i tvivl om, hvad der er bedst for borgeren, og hvornår vedkommende gør sit arbejde godt.

Fremhævede metoder som virkningsfulde i arbejdet med målgruppen

De samme nuancer, som gør sig gældende i ovenstående, er også relevante for henvisningen til konkrete metoder som baggrund for den faglige retning. For flere af botilbuddene gælder det, at medarbejderne er blevet opkvalificeret, eller har

modtaget sidemandsoplæring i metoder såsom dialektisk adfærdsterapi (DAT) eller Åben dialog. DAT er en af de metoder, der oftest refereres til, og dette gør sig gældende for tre ud af seks interviewede botilbud (case 2, 3 og 4 - se display 2). Medarbejderne fortæller, at de bruger DAT til at arbejde med borgerens forståelse af sig selv og de følelser, som de oplever – herunder de følelser, som de bruger selvskade til at håndtere (case 2).

Åben dialog nævnes også af halvdelen af de interviewede botilbud (case 2, 3 og 4 - se display 2). Åben dialog fremhæves som et godt værktøj til at skabe en dialog, hvor der bliver lyttet, og hvor borgeren føler sig mindre angrebet (case 2). En medarbejder fortæller også om, hvordan Åben dialog og DAT synes at spille rigtig godt sammen, fordi Åben dialog handler om at skabe dialog, mens DAT handler om at skabe et indefra-perspektiv (case 3).

Som det også ses af display 2, nævnes low arousal (LA2 planer) også af fire af de interviewede botilbud og synes derfor også udbredt (case 2, 4, 5 og 6 i display 2). Til gengæld er low arousal anvendt i forskellige "grader", hvor nogle af botilbuddene systematisk brugte LA2-planerne, var der også et botilbud, der mere frit arbejdede inde for rammen af low arousal – uden at referere til brug af de konkrete planer (case 6). En af medarbejderne fortæller om, hvordan low arousal kan give en ro, og indebærer en meget anerkendende kommunikation, som hun oplever som virksom i akutte situationer (case 6).

Det bør selvfølgelig også nævnes i denne henseende, at vi ikke bad botilbuddene nævne en udtømmende liste af metoder, men snarere efterspurgte, hvad deres primære og mest centrale metodiske baggrund var for den faglige retning, og herunder en begrundelse for, hvorfor det var virkningsfuldt. Det centrale i denne henseende er heller ikke, hvad det enkelte botilbud benytter af metoder, men mere, hvad det siger om det generelle billede af brug af metoder i dansk praksishåndtering af svær selvskade.

En vigtig pointe i forlængelse af disse tre fremhævede metoder er dog, at medarbejdere fra to ud af de seks botilbud påpeger, at det ikke nødvendigvis handler udelukkende om den specifikke metode, man anvender. En af medarbejderne fortæller, at han mener, at det ikke er den specifikke metode, der er afgørende, men derimod, hvorvidt tilgangen som helhed hænger sammen (dvs. kombinationen af metoder) og så det faktum, at man har høj faglighed i tilgangen (case 3). Han uddyber den høje faglighed med, at det er vigtigt, at ledelsen har en strategisk plan for arbejdet med selvskadende adfærd, og at dette opfattes som vigtigere for medarbejderen end at det lige netop er DAT, Åben dialog eller en helt tredje metode (case 3). En anden medarbejder fortæller, om de konkrete metoder de anvender, på det pågældende botilbud, hvorefter hun slutter af med at udtale:

"Og så vil jeg sige, at metoder kan ikke noget uden møder. Møder mellem mennesker. Og afhjælp skammen. Og så som vi talte om før, det at få skabt et miljø, man føler sig tryk i. Jeg mener, det er sindssygt vigtigt." (Case 2, medarbejder).

Interviewuddraget viser, at medarbejderen har en opfattelse af, at metoder er vigtige, men at de bygger på den nødvendige forudsætning, som er, at man møder borgerne som mennesker, og skaber et trykt miljø. Det understreger således disse to botilbuds perspektiv på, at selvom metoderne er vigtige, så kan det ikke stå alene som faglig retning, det kræver en bredere ramme.

Varyerende grad af ensretning

Interviewene viser, at der er relativt stor forskel på botilbuddene ift. niveau og graden af ensretning i den faglige retning. Vores undersøgelse viser, at de som har den højeste grad af ensretning og metodiske baggrund, fremhæver, hvor stor betydning det har for dem i deres arbejde. Samtidig er det også væsentligt for disse medarbejdere at understrege, at der ikke er tale om en "one size fit's all"-tilgang, men at indsatsen naturligvis skal tilpasses den enkelte borger, som det er tilfældet i alt socialfagligt arbejde. De der i lavere grad har ensretning og metodisk opkvalificering, efterspørger en fælles faglig retning. En af dem der ønsker en højere ensretning af den faglige retning, fortæller følgende om botilbuddets arbejde med svær selvskadende adfærd:

"Det er jo ingen ensretning i det. Der er jo ikke noget løsning, og der er jo ingenting, hvor det er rigtigt eller forkert. Der er bare ikke nogen manual på det (...) Det er bare en svær størrelse, synes jeg." (case 1, medarbejder).

Det er altså tydeligt, at denne medarbejder efterspørger en højere grad af vished ift. viden om arbejdet med selvskadende adfærd og også faglig retning i form af mere sikker viden om, hvordan man bedst tilgår borgeren. Denne efterspørgsel på mere ensretning synes også at blive bekræftet hos de botilbud, som rent faktisk har udviklet konkret materiale, der guider arbejdet. Disse botilbud fortæller, at det skaber tryk i faggruppen, at de oplever, at deres handlinger beror på konkretiserede faglige vurderinger frem for deres egne holdninger (case 1). En af medarbejderne fortæller om betydningen af denne ensretning i det følgende uddrag:

"Også så det ikke bliver jeres synsninger. Så bliver det ikke en personlig vurdering ud fra din egen, det du har med hjemmefra, eller hvis du lige synes, at du har sovet godt eller dårligt på en dag. Tilgangen skal være den samme hele vejen igennem. Det er til at forholde sig til. Der er en grund til at de

har fået tillids- og personlighedsforstyrrelser, fordi der ikke har været en tydelig ramme, gennem hele deres barndom. Og det har de brug for nu. Det er det, vi er nødt til at holde fast i." (case 1, medarbejder).

Uddraget viser, hvordan medarbejderen understreger behovet for en relativt mere ensrettet tilgang til arbejdet med at reducere selvskaden - ikke kun for medarbejdernes skyld, men særligt også for borgernes skyld, eftersom kontinuitet kan være noget, borgerne tidligere har manglet. En medarbejder fra et andet botilbud fortæller også, at det opleves som "trygt" for hende som kontaktperson at vide, at når beboeren får det dårligt, og vedkommende ikke selv er på arbejde, så tilgås borgeren stadig ud fra de samme principper (case 5). En kollega fra det samme botilbud supplerer og understreger, at det at have en faglig retning også øger gennemsigtigheden og åbenheden over for borgerne (case 5). Så borgerne faktisk ved, *hvorfor* medarbejderne handler, som de gør.

Opsummerende om konkrete metoder og oplevelsen af faglig retning

Fagpersoner, der i høj grad oplever at have en fælles faglig retning, synes derfor at have flere fordele ved en sådan ensretning. Samtidig kalder medarbejdere fra botilbud med lavere grad af fælles faglig retning på potentialet ved en større faglig tilgang til adfærden. Det tyder derfor på, at det er virkningsfuldt for et botilbud at have en tydelig og ensartet faglig retning, som alle medarbejdere arbejder ud fra (om end der er behov for individuel tilpasning til den enkelte borger). Til gengæld er det også flertallet af de interviewede, som reelt oplever at have en høj grad af fælles faglig retning.

7.1.3 Særligt udfordrende aspekter i arbejdet med svært selvskadende

På tværs af alle interviewede fagpersoner er der ingen tvivl om, at arbejdet med denne målgruppe stiller medarbejderne i følelsesmæssigt udfordrende situationer. Det er især de akutte situationer og de mere ekstreme former for selvskadende adfærd, som kan drive personalet ud i fortvivlelse og frustration. Der er desuden bred enighed om, at det til tider kan være et følelsesmæssigt hårdt arbejde. Flere af medarbejderne udtrykker i den forbindelse, at det er meget naturligt og almenmenneskeligt at opleve følelsesmæssige reaktioner på nogle af de episoder, som de er vidne til. En medarbejder fortæller:

"Hele det at træde ind i et felt, hvor et menneske er i så meget lidelse og ikke kunne hjælpe dem. Og det er virkelig, altså den der med at blive ved med at gøre det, og blive ved med at opføre sig ordentligt, fordi det slider så meget på ens inderside. Altså ellers så ville man jo være lavet af træ, hvis man ikke blev

påvirket af det, så selvfølgelig at sidde i det her felt, hvor der er en, der bare er så ulykkelig, og det er fucking lige meget, hvad du siger. Det er lige meget, hvor meget du fortæller dem, at de godt må være her, og at de ikke er spild af luft. Alt det at være i det felt i lang tid ad gangen, gentagende gange, det slider.” (case 4).

Interviewuddraget opstod i konteksten af en samtale om de særligt udfordrede borgere, hvor det nogle gange kan være svært at stå i deres lidelse, hvis man som fagperson ikke føler, at man kan hjælpe dem. Som det ses i uddraget, så oplever denne fagperson, at det kan være enormt frustrerende og opslidende at stå i, men samtidig helt naturligt. Det er der bred enighed om på tværs af medarbejderne, og nogle medarbejdere påpeger også, at der synes at være risiko for forråelse i arbejdet med målgruppen (case 3 og 4). En anden medarbejder fortæller følgende om de hårde episoder:

”Jo, det bliver man påvirket af, det gør man virkelig. Man kan mærke det på sin krop, man kan mærke sin træthed.” (case 6, medarbejder).

Interviewuddraget viser, hvordan medarbejderen oplever at blive påvirket af de voldsomme episoder, som i denne kontekst var en borger, der kontinuerligt bankede hovedet ind i muren. Det sætter sig for hende helt fysisk i kroppen, hvor påvirkningen akkumuleres til træthed.

Men det er værd at bemærke, at mange af fagpersonerne har en opfattelse af, at man hverken kan eller bør fjerne denne påvirkning fra arbejdet med målgruppen. Flere fremhæver, at det er nødvendigt at have sig selv og sine menneskelige kompetencer med i arbejdet. En anden medarbejder fortæller fx om, hvordan vedkommende mener, at det næsten ville være uprofessionelt *ikke* at have sig selv med:

”Hvis jeg nu skal prøve sådan, altså nu bliver det lige mine ord for det, men den gang jeg blev uddannet, der var der de tre P'er, altså det private, det personlige og det professionelle. Og man skulle i hvert fald ikke tage det private med ind på arbejdet. Og noget af det, vi (botilbud red.) arbejder hen imod, eller tænker, det er, at det er uprofessionelt at tro, at man kan tage på arbejde uden at have sig selv med. I hvert fald i det job, vi laver. Altså, det kan man mange andre gøre, men i det job, vi laver, der har du dig selv med.” (case 3, medarbejder).

Interviewuddraget kommer i forlængelse af en snak om, at denne fagperson mener, at det er helt forudsigeligt, at man bliver påvirket af de voldsomme episoder. Men at

det faktisk heller ikke nødvendigvis er målet helt at holde sig selv ude af ligningen, fordi arbejdet kræver en vis tilstedeværelse som menneske.

To medarbejdere fra et andet botilbud fortæller også, at de ser det som en naturlig konsekvens af deres arbejde, at man vil komme til at tage dele af det med hjem, og det faktisk ville være underligt, hvis man *ikke* gjorde det (case 2). Det er faktisk noget, som nogle af fagpersonerne fortæller, at de har arbejdet aktivt med at normalisere. Altså normalisere, at det er "okay" at reagere på de voldsomme situationer, som de til tider oplever (case 1). En af de andre medarbejdere fra dette botilbud understreger også, at en reaktion derpå blot er en *"en sund reaktion på en unormal adfærd. Det er der ikke noget forkert i"* (case 1).

Der synes altså at være en rimelig bred opfattelse på tværs af botilbuddene omkring, at det er et grundlæggende vilkår for deres arbejde. At medarbejderne engang i mellem har brug for at reagere, og at det derfor betragtes som helt naturligt, at man som menneske er påvirket af de voldsomme episoder. Det betyder til gengæld ikke, at fagpersonerne ikke har måder, hvorpå det kan blive mere udholdeligt at stå i. Løsninger på disse udfordringer behandler vi i det følgende afsnit om organisatoriske strukturer.

7.1.4 De organisatoriske strukturer – Vigtigheden af sparringsfora og supervision

I det ovenstående afsnit viste vi, hvordan fagpersoner på tværs af botilbuddene oplever, at det kan være en følelsesmæssigt udfordrende målgruppe at have med at gøre - særligt ved de voldsomme selvskadeepisoder. En af de ting, som kan være med til at ruste medarbejderne til at stå i dette pres, er struktureret, systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring. Disse organisatoriske strukturer synes nemlig at have stor betydning for medarbejderne på tværs af alle botilbuddene, idet botilbuddenes medarbejdere fremhæver det som en forudsætning for at arbejde med målgrupper som denne.

I display 3 ses en liste af de nævnte sparringsfora på tværs af botilbuddene. Selvom listen ikke er udtømmende, giver det alligevel et blik på tendenserne for organisatoriske strukturer på tværs. Fx ses det, at *alle* botilbuddene har både sparringsmøder og supervision.

Display 3: Sparringsfora og supervision

Case	Sparringsfora og supervision
Case 1	• Faglige sparringsmøder. • Løbende sparring. • Faglige møder.

	• Personale møder.
Case 2	• Supervision én gang om måneden. ◦ Kan være individuelt eller fælles. • Løbende sparrings. • Fast fælles "refleksion" på en halv time om dagen både for dag- og aftenhold
Case 3	• Fælles supervision hver femte uge. • Fast ugentligt sparringsmøde. • Ved akutte situationer, er der fast "debriefing" og "defusing", som er samtaler om hændelsen, så medarbejderen og medarbejderteamet får bearbejdet situationen. • Mulighed for ekstra supervision ved alvorlige hændelser.
Case 4	• Sparringsmøder. • Fælles supervision.
Case 5	• Individuel supervision, både fast og ad-hoc ved akutte situationer. • Fælles afdelingssupervision fast. • Årlige stop-op dage eller internatdage, hvor personalet arbejder med deres trivsel.
Case 6	• Supervision. • Sparring med psykiater tilknyttet borgerne.

Note: De oplyste sparringsfora skal ikke tolkes som en udtømmende liste over botilbuddene, men blot som de, der fremhæves af medarbejderne i interviewet.

Som forklaring til display 3 kan det uddybes, at supervision er en struktur, hvor man modtager enten individuel eller fælles supervision af en psykolog eller anden relevant fagperson på ens praksis. Det kan være alt fra ugentligt til månedligt eller sjældnere, at denne supervision finder sted, og flere fagpersoner fremhæver også, at der kan være ekstra supervision, hvis der er voldsomme episoder, der kalder på det. Sparringsmøderne tager også forskellige former på tværs af de interviewede, men flere af medarbejderne fortæller, at de fx bruger møderne til at gennemgå specifikke beboeres situation, der synes særligt udfordrende.

Medarbejderne fremhæver især to vigtige virkninger ved disse organisatoriske strukturer: For det første styrker det det kollegiale og den faglige selvtilid. For det andet muliggør det, at man kan stå i de svære følelser og få talt om dem.

Den første gavnlige effekt af de organisatoriske strukturer handler om, at det øger trygheden og styrker båndet mellem medarbejderne. Fx fortæller en medarbejder følgende om betydningen af det kollegiale:

"Det er jo også hele det der med det kollegiale tænker jeg også har en kæmpe betydning for, at man dag efter dag efter dag kan komme på arbejde og yde det her, som vi gør." (case 2, medarbejder).

Som det ses i interviewuddraget, har medarbejderen en oplevelse af, at det kollegiale er et helt nødvendigt element for at kunne yde det arbejde, som arbejdet med svær selvskadende adfærd kræver. En medarbejder fra et andet botilbud fortæller også, at

den tryghed ved hinanden som opstår i sparringen, gør at man ikke føler, at man bliver "ladt alene". Vedkommende fortæller følgende, da hun adspørges til betydningen af sparringen:

"Fordi jo mere tryk personalet er ved hinanden, jo mere tryk kan de også være i de her situationer, fordi ingen bliver ladet alene, og vi er fælles om det hele. Så alt det der med at pleje personalets relationer på kryds og tværs. Ikke at de behøver at have en relation uden for arbejdstid, men at den i hvert fald er meget tydelig, mens de er på arbejde, at de ved, hvor de har hinanden, det er sindssygt vigtigt" (Case 5, medarbejder).

Interviewuddraget er udtalt af en leder på et af botilbuddene, og viser, at det også er en helt tydelig prioritering for lederen netop at arbejde ind i den her tanke om, at arbejdet er et fællesanliggende for det samlede team. Lederen understreger, at trygheden i det kollegiale er "sindssygt" vigtig.

Udover den kollegiale tryghed styrkes af de organisatoriske strukturer, så synes både sparring og supervision også at bidrage til at skabe faglig selvtillid i medarbejdernes arbejde med målgruppen. En af fagpersonerne understreger, at supervision er "sindssygt vigtigt" for at kunne se på sin egen praksis udefra og dermed reflektere over den (case 4). En anden medarbejder fortæller, at det giver vedkommende en følelse af, at der er styr på "baglandet", og at man handler på et "fagligt fundament" (case 1). De organisatoriske strukturer synes dermed at spille en stor rolle i trygheden og den faglige selvtillid på arbejdspladsen, ifølge medarbejderne.

Den anden virkning af de organisatoriske strukturer, som mange af medarbejderne fremhævede, er indvirkningen på medarbejdernes følelsesmæssige belastning og evne til at stå igennem voldsomme selvskadeepisoder. Den tryghed, som medarbejderne oplever at få ved hinanden, kan nemlig også være med til at styrke muligheden for at få vendt nogle af de tungere oplevelser på en konstruktiv måde og bearbejde specifikke episoder. En medarbejder fortæller følgende om betydningen af at kunne tale episoderne igennem med sine kollegier:

"Altså det der med også at få læsset af bagefter, så man kan stå i det igen dagen efter eller dagen efter igen. Der synes jeg, at vi som personalegruppe også har været ret stærke sammen til, at det var okay at have det som det er. Og det er helt forståeligt, at vi reagerer. Det ville være usundt, hvis vi ikke reagerede på det her." (Case 1, medarbejder).

Uddraget viser, hvordan fagpersonen oplever, at sparringsmøderne giver muligheden for at "læsse af", og dermed kunne komme ud med nogle af de reaktioner, som arbejdet med målgruppen kan frembringe. Det ses også, at reaktionerne opleves som uundgåelige, som beskrevet i afsnittet ovenfor, hvorfor nødvendigheden af sparring med kollegaerne synes at være en essentiel del af arbejdet med målgruppen. En anden pointe i forlængelse af det uundgåelige emotionelle pres er også, at mange

medarbejdere udtrykker, at det er vigtigt at beboerne ikke mærker, hvis en fagperson bliver påvirket. Derfor gør det behovet for sparring mellem kollegaerne endnu større, så man kan tage det i forkøbet, eller så man kan komme ud med sin reaktion til kollegaerne uden risikoen for, at det påvirker ens arbejde med borgeren. En af medarbejderne fortæller om denne problematik i det følgende uddrag:

"Men ja, altså det er klart, vi er nødt til, når vi, i hvert fald sådan som verden ser ud nu, der er vi nødt til, at når vi taler om vores egen praksis, og hvad er det, der sker på indersiden af os i de her situationer, så er vi nødt til at have det, hvad skal man sige, et rum væk fra borgerne, fordi de vil være alt for overvældende. Og det vil bare øge deres skam og skyldfølelse gange 1000, hvis de fandt ud af, at vi blev kede af det, eller vi blev vrede, eller at det påvirkede vores nattesøvn, eller hvad det nu kunne være. Det skal de slet ikke belemres med. Det er vores arbejdsredskab." (case 4, medarbejder).

Uddraget viser altså, hvordan det er en helt nødvendig del af arbejdet, både at kunne sparre om sin praksis, men også at kunne gøre det i et rum væk fra borgeren. Det er nemlig ikke borgeren, det skal gå udover, når fagpersoner oplever at blive påvirket af episoderne. Netop derfor oplever medarbejderen det som endnu vigtigere, at der prioriteres systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring, hvor medarbejdernes følelser kan bearbejdes.

En af de helt konkrete ting, som man kan få ud af sparringen er, ifølge en medarbejder, at man kan få struktur på sine følelser og blive mere bevidst om dem. Han fortæller fx om, hvordan ens følelser bliver tydeligere, når man taler episoden igennem kontra det følelsesmæssige virvar, man kan opleve inde i ens hoved på bagkant af en episode (case 3). Den samme medarbejder udtaler også, at både sparring, supervision og i dette tilfælde "debriefing" og "defusing"²⁰ er helt nødvendige dele af at kunne udføre arbejdet med målgruppen (case 3).

Af andre organisatoriske strukturer er der også flere af medarbejderne, som beretter om, at de arbejder i mindre teams, eller at man altid arbejder i et team, hvor man er to medarbejdere til én borger. Der er også to botilbud, som nævner, at de arbejder med en primær og en sekundær rolle, når der opstår akutte situationer. Hvor den primære fx har kontakten til borgeren, og den sekundære håndterer det praktiske omkring situationen, så man aldrig står helt alene med en voldsom selvskadeepisode (case 1 og 3). En medarbejder udtrykker, at det er gavnligt for personalet, fordi man på den måde får delt "lasten ud", og fordi man ikke føler sig alene med det (case 1). Slutteligt er der også en del af botilbuddene, som fremhæver deres erfaringer med VISO-forløb²¹ som endnu en støttemulighed i situationer, som synes særligt

²⁰ En defusing er en samtale efter en voldsom episode, hvor en medarbejder taler sin oplevelse igennem og debriefer inden vedkommende forlader arbejdspladsen.

²¹ VISO rådgiver i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager på socialområdet og specialundervisningsområdet (Om VISO | Social- og Boligstyrelsen).

udfordrende. I disse situationer vil botilbuddet kunne opstarte et forløb hos VISO-eksperter og få yderligere supervision på det socialfaglige arbejde med målgruppen.

Opsummerende er der en tydelig tendens til, at medarbejderne ser mange positive effekter af at have både sparring og supervision som en fast del af praksis, og opfatter det som en helt nødvendig forudsætning for at kunne arbejde med målgruppen.

7.1.5 Botilbuddenes anbefalinger til det socialfaglige arbejde med svært selvskade

I dette afsnit fremhæver vi medarbejdernes vigtigste anbefalinger til det socialfaglige arbejde med svært selvskadende borgere. Det er vigtigt at påpege, at afsnittet handler om de få elementer, som medarbejderne har sat øverst på deres liste af anbefalinger. Det skal derfor ikke tolkes som, at de ikke anser noget som vigtigt, hvis det ikke fremgår af deres anbefaling, men det kan bruges som et billede på, hvad der fylder på de forskellige botilbud ift., hvad de synes, er det *mest* afgørende at fokusere på i arbejdet med målgruppen. Nedenfor ses et overblik over de anbefalinger, som medarbejderne på de seks botilbud fremhævede.

Display 4: Primære anbefalinger til socialfagligt arbejde med svært selvskadende, fordelt på botilbud.

Case	Primære anbefalinger
Case 1	• At lave konkrete handleplaner, som sikrer fælles retning baseret på en faglig vurdering og ikke mindst overholde den. • At forstå grunden bag selvskaden og kunne se funktionen, adfærden har for borgeren. • Husk at lave indberetninger på episoder og sørg for at få supervision og coaching. • At afdramatisere selvskaden og tale med borgeren om det. • At behandle borgeren som en voksen, der også skal tage ansvar for sine handlinger ud fra en empowerment-tankegang. • At have hjertet med, selv når det kræver svære valg.
Case 2	• At arbejde med, at alle mennesker føler sig værdifulde • At man som medarbejder "tør at give noget af sig selv". • At man fokuserer på det relationelle og "at medarbejderne elsker de her beboere". • Dialektisk adfærdsterapi (DAT) og Low Arousal planer (LA2 planer) fremhæves som værdifulde metoder. ◦ Det understreges dog, at metoderne er intet uden "møder mellem mennesker".
Case 3	• Det mest afgørende er, at "... se mennesket. Ikke diagnosen, ikke selvskaden", fordi det er relationen og oplevelserne udenom, der gør, at selvskaden mindskes. • Der bør være høj faglig understøttelse fra ledelsen og ikke mindst høj faglighed blandt personalet. • Der bør være plads til, at der opstår følelser på baggrund af arbejdet, og at disse anerkendes og arbejdes kontinuerligt med.

	• Dialektisk adfærdsterapi (DAT) og Åben dialog fremhæves som virksomme og som gode til at spille sammen. ◦ Også her understreges det dog, at det ikke er metoden, der opleves som afgørende, så længe der er høj faglighed og fælles retning i arbejdet.
Case 4	• At sikre validering og anerkendelse af borgerens følelser. • At sikre, at medarbejderne altid er tilgængelige for borgeren. • At sikre, at medarbejderne er fagligt rustet til at håndtere borgernes udfordringer. • At have fokus på dialog og nysgerrighed på borgerens opfattelser og behov.
Case 5	• At afdække den dybere baggrund for selvskaden og undersøge hvilken gevinst, det giver, ifølge borgeren. • At arbejde relationelt og gå ydmygt og nysgerrigt til borgeren – og i forlængelse deraf lave individuelle vurderinger af, hvad der kunne gavne borgeren. • At starte med at arbejde mod skadesreduktion og ikke nødvendigvis et fuldt stop af selvskaden, fordi det kan være for overvældende for borgeren. • Åbenhed, inddragelse og gennemsigtighed i hvorfor man gør, som man gør, overfor borgeren. • Fokus på beboernes, såvel som personalets trivsel, fordi det hænger sammen • Kontinuitet og genkendelighed i arbejdet er vigtig (også på tværs af akutmodtagelse, psykiatri, politi og botilbud).
Case 6	• At bevare roen i de akutte situationer. • At opkvalificere personalet og ensrette den viden, der er på området – mere end det er oplevet hidtil.

Der er særligt to anbefalinger, der går på tværs af stort set alle seks botilbud. Det er, at der 1) skal være høj faglighed, og man skal forstå det grundlæggende bag selvskade og, at der 2) skal arbejdes relationelt og lyttes til borgerne.

Første anbefaling på tværs – der bør sikres høj faglighed og viden om selvskade

Den første generelle anbefaling, der går på tværs af næsten alle botilbuddene, er, at der skal sikres en høj faglighed. Under høj faglighed tales der både om faglighed ift. metoder bag det socialfaglige arbejde med at reducere selvskaden, men også den konkrete viden om selvskade som fænomen. En af medarbejderne fremhæver, at den høje faglighed er nødvendig i arbejdet. Han fortæller følgende om vigtigheden deraf:

"Men jeg tror på, at desto mere faglighed man har, desto mere refleksion får man med. Desto bedre kan vi rumme alle de ting, de enormt komplekse udfordringer, der er." (Case 3, medarbejder).

Som uddraget viser, mener medarbejderen, at en høj faglighed bidrager til refleksion, der sætter medarbejderne i stand til at håndtere de komplekse udfordringer, der følger med målgruppen. En medarbejder fra et andet botilbud kommer med en lignende pointe i deres anbefalinger:

"...jo mere fagligt dygtige mennesker er, jo mindre risiko er der for, at de kommer til skade med deres arbejde, jo mindre risiko er der for, at de mennesker, de har med at gøre, kommer til skade. Så jo mere vi er funderet fagligt, og som medarbejdergruppe, jo bedre er det." (case 4, medarbejder).

Dette uddrag følger altså også en logik om, at desto mere viden desto bedre bliver arbejdet med at reducere selvskaden. Og det synes også at være en bredt delt opfattelse på tværs af de resterende botilbud, der næsten alle har et element af viden/faglighed/opkvalificering indeholdt i anbefalingerne, se display 4.

I forhold til den konkrete viden om selvskade er det også noget, som mange af medarbejderne ser som fundamentalt i arbejdet med målgruppen. En medarbejder fortæller, at man er nødt til at bygge den faglige retning på en grundlæggende forståelse af, at selvskade er et udtryk for et behov for hjælp til at udfylde en bestemt funktion (case 1). Og måske endnu vigtigere, skal medarbejderne forstå, at selvskade ikke er noget, der gøres for "opmærksomhed" (case 1). En medarbejder fra et andet botilbud fortæller også, at det er afgørende at arbejde med at forstå den dybere baggrund for selvskaden, hvis man skal forstå, hvordan man kan hjælpe borgerne (case 5). Det kræver altså en dybere forståelse for selvskade at nedbringe den.

Anden anbefaling på tværs – der bør arbejdes relationelt og lyttes til borgerne

Den anden generelle anbefaling handler om, at stort set alle botilbuddene anbefaler at arbejde relationelt med borgerne. En af medarbejderne kalder relationen for "et kæmpe fundament for hele samarbejdet (med borgeren red.)" (case 5). Ifølge denne medarbejder bør medarbejdere, der arbejder med denne målgruppe gøre en dyd ud af at gøre sig "fortjent" til relationen med borgeren, hvilket ifølge medarbejderen bedst opnås ved at gå ydmygt til relationen (case 5). Det kræver en oprigtig nysgerrighed for borgerens udfordringer og interesser. (case 5). En medarbejder fra et andet botilbud understreger også, at det er alt det arbejde, som medarbejderne laver rundt omkring selvskaden, som i sidste ende vil hjælpe borgeren med at nedbringe den (case 3). Denne medarbejder kommer med følgende anbefaling:

"Og hvis jeg skulle sige noget til min kollega, så vil jeg sige, at det aller, aller vigtigste, du kan gøre, det er at se mennesket. Ikke diagnosen, ikke selvskaden. Og det er alle de guldøjeblikke, du har sammen med dem, hvor det ikke handler om selvskaden. Det er dem, der gør, at vedkommende stopper. Eller ændrer det, gør det mindre. Det er faktisk ikke det, vi gør, når det sker. Det er det, vi gør lige før det sker, og det, vi gør, når det går rigtig godt" (Case 3, medarbejder).

Som uddraget viser, understreger denne medarbejder, hvordan det er alt det relationelle arbejde udenom selvskaden, som rent faktisk hjælper borgeren med at stoppe. For medarbejderen sættes relationsarbejdet i sammenhæng med at se borgerne "som mennesker" og ikke som deres respektive diagnoser (case 3). Det kræver altså arbejde i "fredstid" med relationen, hvis man vil ændre på de akutte øjeblikke ifølge denne medarbejder.

En anden medarbejder fremhæver også en anbefaling om, at man som medarbejder skal "huske at elske de her beboere" (case 2). Der synes altså at lægge en meget tydelig anbefaling om at udvise omsorg og have fokus på det relationelle til borgerne. Den samme medarbejder taler også om, at det er vigtigt at gå ydmygt ind i relationen, fordi dét at blive lyttet til gør, at borgerne føler sig værdifulde og respekterede (case 2). Når borgerne føler sig lyttet til og værdifulde, så begynder de også at få en tro på sig selv. Derfor understreger medarbejderen vigtigheden af at gå ydmygt ind i relationen og oprigtigt lytte til borgernes perspektiver (case 2). En medarbejder fra et andet botilbud fremhæver også denne pointe, hvor vedkommende udtaler "*tal med dem (borgerne red.) for pokker!*" (case 5). Medarbejderen fremhæver i tråd med den forrige medarbejders udtalelser, at dét at lytte til borgerne er en anerkendelse af deres eksistens, og at det er afgørende for deres udvikling (case 5).

Når medarbejderne i særlig grad fremhæver det med at lytte, så hænger det også sammen med, at flere af dem oplever, at denne målgruppe ofte mangler følelsen af at være værdifuld og følelsen af, at deres stemme er vigtig. En medarbejder fortæller, at rigtig mange af borgerne i målgruppen "*i lang tid har oplevet, at deres indre perspektiv faktisk ikke betyder noget*" (case 3). Derfor arbejder medarbejderen med at behandle borgerne som eksperter i deres eget liv, hvor de også opfatter sig selv som dem, der ved noget om dem selv (case 3). På den måde bliver borgeren en "samarbejdspartner", og borgerens egen oplevelse får "lov at vægte rigtig meget" (case 3). Medarbejderen understreger, at det er effektivt at behandle borgeren som "dem der ved noget", fordi det skaber ejerskab over deres udvikling, og i sidste ende er det jo borgeren selv, der skal udføre alle planerne (case 3).

Anbefalinger nævnt af få medarbejdere

Herunder vil vi fremhæve de anbefalinger, som enkelte medarbejderne fremhævede. Igen er det vigtigt at understrege, at dette ikke er lig med, at de resterende botilbud ikke oplever at det kan være virkningsfuldt. Det er blot et udtryk for, hvad de fremhæver som det første, når de skal give anbefalinger til socialfagligt arbejde med målgruppen af svært selvskadende.

DAT i kombination med Åben dialog eller low arousal - anbefales af to botilbud

Der er to af botilbuddene, som vælger at fremhæve konkrete metoder i deres anbefalinger, som det ses i display 4 (case 3 og 2). De to botilbud anbefaler begge at

bruge DAT, mens de kobler denne metode med to forskellige andre metoder, henholdsvis Åben dialog (case 3) og low arousal planerne (case 2). I kombinationen med DAT og Åben dialog fremhæver en medarbejder, at samspillet mellem de to fungerer rigtig godt, hvorfor vedkommende anbefaler kombinationen (case 3). I kombinationen med low arousal fremhæves de to metoder som værdifulde for arbejdet (case 2). Det bør dog påpeges, at medarbejderne fra begge botilbud også peger på, at de ikke mener, at det nødvendigvis er den specifikke metode, der gør udfaldet, men mere summen af metoden og en generel praksis.

Ét botilbud anbefaler tilgængelighed og validering af borgernes følelser

Ét af botilbuddene lægger i deres anbefalinger stor vægt på, at det er afgørende at sikre en høj tilgængelighed af medarbejdere for borgeren. En af medarbejderne fortæller følgende om anbefalingen:

"Jeg tror, at mit hedeste ønske for dem der har det så svært, det er tilgængelighed. At der er medarbejdere tilgængelige, når de har det svært. For rigtig mange af dem, føler sig ikke værdige til at få hjælp, så de beder ikke om den. Så det her med, at der er tilgængelige, fagligt velfunderede medarbejdere, det er ret vigtigt. Det er ret vigtigt, at dem, der er i det her, ved, hvad det er, de laver, både for deres egen skyld, men i den grad også for de borgere, de har med at gøre." (Case 4, medarbejder).

Uddraget viser, hvordan medarbejderen ser det som afgørende for borgernes udvikling, at der er medarbejdere tilgængelige for dem. Men hun understreger også, at det ikke bare er vilkårlige medarbejdere, men at det skal være fagligt velfunderede medarbejdere. Dette taler altså ind i den første anbefaling på tværs om høj faglighed. Den anden del af botilbuddets anbefaling var også, at det er vigtigt at validere borgernes følelser (case 4). Gennem en validering vil borgerne føle sig mindre forkerte, og medarbejderen fremhæver også, at det vil øge borgernes bevidsthed om sine mønstre og dermed muligheden for at arbejde med dem (case 4).

Ét botilbud anbefaler at "turde give noget af sig selv"

Medarbejderne fra ét botilbud anbefaler, at man som medarbejder med denne målgruppe "tør at give noget af sig selv" (case 2). Medarbejderne begrundet det med, at borgerne giver så meget af sig selv, og udviser så meget tillid til medarbejderen, at de ønsker at give noget tilbage (case 2). Medarbejderen påpeger, at selvom man tidligere ikke mente, at man skulle "tage noget af det med hjem", så er det måske en uundgåelig del af arbejdet med denne målgruppe (case 2). Medarbejderen understreger, at det med at turde give noget af sig selv er med til at bevare det menneskelige i arbejdet med målgruppen, hvorfor det er anbefalingen fra dette botilbud.

Opsummerende om anbefalingerne

På tværs af de seks botilbud og 13 medarbejdere har vi udledt to anbefalinger, som går på tværs af næsten alle botilbuddene.

Den første anbefaling på tværs er, at der bør sikres høj faglighed og viden om selvskade. Dette kobles for mange af medarbejderne med en bedre evne til at stå igennem de komplekse udfordringer, der kan opstå i arbejdet med målgruppen. Men også med, at en grundlæggende forståelse af selvskade er en forudsætning for at arbejde med målgruppen.

Den anden anbefaling på tværs er, at der bør arbejdes relationelt og lyttes til borgerne. For medarbejderne betyder relationen meget for arbejdet med at nedbringe den selvskadende adfærd. Det understreges, hvor vigtigt det er at lytte til borgerne og lade dem blive set, hørt og forstået, så de føler ejerskab over planen for deres udvikling, men også så de bliver mere bevidste om deres egne tanker, og om at deres perspektiv er værdifuldt.

Herudover næves det, at det kan være anvendeligt, 1) at bruge DAT i kombination med enten Åben dialog eller low arousal, 2) at være tilgængelige som medarbejdere og validere borgernes følelser, og 3) at turde give noget af sig selv som medarbejder.

7.1.6 Hvad efterspørger botilbuddene?

På tværs af de seks botilbud og 13 medarbejdere, er der variation i, hvorvidt medarbejderne føler sig tilstrækkeligt klædt på i forhold til viden og redskaber til at arbejde med målgruppen. De seks botilbud fordeler sig på et spektrum fra, at nogle botilbud oplever, at de har tilstrækkelig viden og egentlig ikke efterspørger noget yderligere videns- eller kompetenceløft til andre botilbud, hvor der er et stort ønske om mere viden og opkvalificering. Midt imellem de to yderligheder er der også botilbud, som føler sig tilstrækkeligt klædt på, men som alligevel ønsker mere viden og opkvalificering. I det følgende vil vi præsentere de efterspørgsler, som de forskellige botilbud har i forbindelse med at føle sig tilstrækkeligt rustet til at arbejde med målgruppen.

Der er særligt ét botilbud, som i høj grad efterspørger mere viden – både metodisk viden og faglig retning, men også mere viden om selvskade generelt - særligt når der ansættes nyt personale (case 6). På dette botilbud fortæller medarbejderen, at det er frustrerende ikke at have tilstrækkelig viden om, hvad der virker, og hvad der ikke virker for de forskellige beboere (case 6). Medarbejderen beskriver det som "*at famle i blinde*", og at vedkommende har en oplevelse af, at det ofte falder "tilfældigt ud", om behandlingen virker for beboerne (case 6). Derfor efterspørger denne medarbejder nogle meget konkrete forhold, herunder

1. Mere konstruktiv og indholdsmæssigt struktureret samtalemetode med borgeren til efter voldsomme selvskadeepisoder.

2. Mere viden om hvad der virker fx som oplæg på personalemøder eller lignende.
3. Løbende viden om selvskade for nye medarbejdere, men også for "gamle" medarbejdere for at blive mindet om det.
4. Mere viden om håndtering af de bagvedliggende traumer, og retningslinjer for, hvor meget skal man gå ind i det?

(Case 6)

Generelt afspejler medarbejderens efterspørgsler en underliggende oplevelse af, at vedkommende mangler mere viden til systematiske metoder til arbejdet. Dette gælder viden om det konkrete arbejde med adfærden i både det akutte og i fredstid, samt systematik for eftersamtalerne, men også mere grundlæggende viden om selvskade, og om viden om hvordan den socialfaglige indsats er mest virkningsfuld.

Et andet botilbud har også nogle efterspørgsler, selvom de egentlig oplever sig nogenlunde klædt på til arbejdet. De efterspørger:

1. Mere efteruddannelse og mere supervision.
2. Obligatorisk opkvalificering i dialektisk adfærdsterapi (og andre anvendte metoder).
3. Bedre tværfaglig kommunikation med psykiatrien og en mere samlet indsats på tværs.

(case 4)

Medarbejderne fra dette botilbud fortæller, at man altid kan bruge mere viden og mere supervision, hvorfor de efterspørger det. Men mere konkret ville medarbejderne dog også ønske, at der var noget obligatorisk undervisning, når man blev ansat eller løbende opkvalificering i de metoder, som bliver anvendt på botilbuddet (case 4). Samtidig efterspørger medarbejderne bedre tværfaglig kommunikation med psykiatrien, og det kommer af nogle frustrerende oplevelser, hvor de har været uenige med dem i arbejdet med målgruppen (case 4). En af medarbejderne reflekterer over dette problem, og udtrykker følgende frustration over samarbejdet:

"Men også apropos, hvordan man arbejder med mennesker, som har selvskadende adfærd, som jo i forvejen har så fragmenteret en forståelse af egne følelser, og som kommer ind et sted, og får en ting at vide, og bliver behandlet på en måde, og de svære ting bliver behandlet på en måde derinde,

og så komme tilbage igen, og så er det lige pludselig noget andet.” (case 4, medarbejder)

Uddraget viser medarbejderens frustration over, at netop denne målgruppe af selvskadende, som i forvejen har en ”fragmenteret forståelse af sine egne følelser” ikke modtager ens behandling i psykiatrien og hos botilbud. Medarbejderne udtrykker derfor, at det er et stort ønske de har, at det samarbejde bliver bedre, og de understreger, at både psykiatrien og botilbuddet er jo ”sat i verden” for at hjælpe – derfor arbejder de jo mod samme mål. De efterspørger dog et rum for sparring og afstemning med medarbejderne fra psykiatrien for at kunne skabe denne fælles forståelse omkring borgeren. Det bør imidlertid bemærkes, at det ikke er alle botilbuddene, der oplever disse uoverensstemmelser med psykiatrien. Tværtimod fremhæver ét af de andre botilbud, at de har et ”tæt samarbejde” med ”gode drøftelser og snakke” (case 5). Men det er også værd at bemærke, at de fremhæver, at der er noget samarbejde om borgeren, hvor personale fra botilbud også inviteres med ind i psykiatrien til nogle samtaler, hvor borgeren også deltager (case 5). Der synes altså at være lokale forskelle i, hvordan dette samarbejde fungerer.

En medarbejder fra et tredje botilbud fortæller om, at han oplever, at de er tilstrækkeligt klædt på videnskæssigt, men at deres praksis kan være sårbar overfor høj udskiftning. Derfor efterspørger medarbejderen, at den faglige praksis i højere grad skrives ned og at processerne beskrives grundigt, så de kan overtages af nyt personale (case 3). Der synes altså at være nogle opmærksomhedspunkter omkring opstart af nye medarbejdere, som vi også så i efterspørgslen fra det første botilbud (case 6). Altså en mere systematisk onboarding af nye medarbejdere i metoderne, som medarbejderne anvender, selvskadeforståelsen og den generelle praksis.

Det bør dog bemærkes, at tre af de interviewede botilbud – dvs. halvdelen – egentlig ikke efterspørger yderligere videns- eller kompetenceløft. Disse botilbud føler sig godt klædt på af den viden, som de har på botilbuddet, selvom mange af dem dog påpeger, at man aldrig skal stoppe med at opsøge ny viden, men at det er ikke noget de presserende står og mangler. Det er dog vigtigt i denne henseende at pointere, at de interviewede medarbejdere alle har meldt sig frivilligt eller er blevet udpeget af deres leder til netop at fortælle om deres erfaringer med selvskadende. Størstedelen af fagpersonerne, som vi har talt med, har derfor allerede haft viden om, hvordan man sammensætter en virkningsfuld socialfaglig hjælp til målgruppen, og fortæller, at de ikke nødvendigvis oplever et stort behov for et videns- og kompetenceløft hos dem selv. Det er dog ikke udtryk for, at fagpersonerne oplever, at målgruppen er ligetil, da de samtidig beskriver målgruppen som kompleks og udfordrende. Men det skal ses som et udtryk for, at de fleste af de interviewede fagpersoner har gode greb og metoder til at støtte borgerne.

7.1.7 Opsummerende om botilbuddenes perspektiver

- Botilbuddenes målgrupper er kendetegnet ved en bred og differentieret sammensætning af borgere med psykiske og sociale udfordringer, herunder diagnoser som autismespektrumforstyrrelse, skizofreni og spiseforstyrrelser samt misbrugsproblematikker. Dette vidner om en kompleks målgruppe med omfattende støttebehov.
- Alle botilbud arbejder under servicelovens § 107 og varierer i størrelse fra 10-25 beboere. Omfanget og alvorsgraden af beboernes selvskadende adfærd varierer, men alle fagpersoner har erfaring med svær selvskade, og på interviewtidspunktet har hvert botilbud mindst én svært selvskadende borger.
- På tværs af de seks botilbud og 13 interviewede medarbejdere er der klare fællestræk i den faglige praksis omkring selvskadeforståelse og håndtering. Generelt betragtes selvskade som en strategi, borgerne anvender til at håndtere svære følelser.
- På tværs af botilbuddene er dialektisk adfærdsterapi (DAT), low arousal (LA2) og Åben dialog de hyppigst optrædende metoder. Alle fremhæves som virksomme af dem, der benytter dem.
- Botilbuddene arbejder undersøgende og nysgerrigt med at forstå den funktion, selvskaden har for den enkelte borger, samtidig med at de søger at finde alternative mestringsstrategier.
- Direkte stop af selvskade anses ikke som en virkningsfuld tilgang for denne målgruppe. I stedet fokuserer næsten alle botilbud på skadesreduktion og minimering af risici forbundet med selvskaden.
- Botilbuddene arbejder med empowerment og recovery-tilgange.
- En tydelig fælles faglig retning synes at være en fordel for botilbuddene. Medarbejdere, der oplever en høj grad af fælles faglig tilgang, ser det som en styrke, mens medarbejdere på botilbud med lavere grad af fælles retning efterspørger en mere ensartet tilgang. Dette indikerer, at en klar faglig retning understøtter et mere virkningsfuldt arbejde med målgruppen, samtidig med at der er behov for individuelle tilpasninger til borgerne.
- Der er bred enighed i, at følelsesmæssig belastning er et grundvilkår i arbejdet, men også at det kan håndteres gennem faglig supervision og sparring, hvilket flertallet af medarbejderne anser som nødvendigt.

På baggrund af interviewene fremhæves to centrale anbefalinger på tværs af botilbuddene:

- For det første bør der sikres høj faglighed og viden om selvskade, da dette styrker medarbejdernes evne til at håndtere de komplekse udfordringer, arbejdet indebærer.
- For det andet bør der arbejdes relationelt med borgerne, hvor det er essentielt at lytte til deres oplevelser og give dem medejerskab i deres udviklingsproces.

Herudover anbefaler enkelte botilbud specifikke metoder, herunder brug af Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) kombineret med Åben dialog eller low arousal. Andre botilbud peger på vigtigheden af tilgængelighed og validering af borgernes følelser samt en tilgang, hvor medarbejderne tør give noget af sig selv i relationen med borgerne.

7.2 Perspektiver fra bostøtter

I dette afsnit præsenterer vi perspektiverne fra fire bostøtter. De fire bostøtter er ansat i to forskellige kommuner. Tre af medarbejderne har +10 års erfaring fra bostøtten, mens den fjerde har tre års erfaring. To har baggrund som social- og sundhedsassistenter, en er socialrådgiver og den sidste har ikke en socialfaglig uddannelse. Alle bostøtterne har erfaring med målgruppen fra tidligere ansættelser. Herudover oplever bostøtterne, at de har meget eller en del erfaring med målgruppen, selvom det kun er få borgere, som har svær selvskadende adfærd.

I det følgende skitserer vi tematisk, hvad bostøtterne peger på som virkningsfuldt og vanskeligt i arbejdet med målgruppen af svært selvskadende voksne. Vi præsenterer også, hvad bostøtterne efterspørger af viden om målgruppen, deres ideer til konkrete redskaber og brugbare måder at tilegne sig mere viden på.

7.2.1 Borgerne har ofte brug for mere støtte end hvad bostøtten kan tilbyde

Når bostøtterne taler om målgruppen med svær selvskadende adfærd, er der tale om borgere som indimellem svæver mellem liv og død pga. deres selvskadende adfærd, og som har flere forskellige psykiatriske diagnoser. Bostøtterne fortæller også alle sammen, at de har en oplevelse af, at borgerne ofte har brug for mere støtte, end hvad bostøtten kan tilbyde dem. Bostøtterne begrundes det med, at flere af borgerne er bevilget støtte i specifikke tidsrum, og en af medarbejderne sætter denne pointe på spidsen ved at sige "*men borgerens problemer går jo ikke over klokken 16*". Flere af bostøtterne oplever, at flere af de borgere, som de har været eller er bostøtter for, formentligt kunne have gavn af at bo på et botilbud. Det skyldes, at de kan have gavn af flere sociale aktiviteter, som kan aflede dem fra at skade sig selv. Herudover er det en pointe fra en af bostøtterne, at borgerne sjældent har et stort netværk, hvorfor der er et stort behov for fagpersonerne omkring dem.

7.2.2 Relationen er bærende for bostøttens arbejde med målgruppen

Bostøtterne fortæller – forventeligt – at den væsentligste forudsætning for at de kan støtte borgerne er, at der er etableret en tillidsfuld samarbejdsrelation. Det indebærer ifølge bostøtterne, at "*man er nødt til at give noget af sig selv også for at få den her relation, så de ligesom stoler på dig*". Det bevirker at bostøtterne opnår et større kendskab til borgerne, som er nøglen til at målrette indsatsen på en måde, som er

hjælpesom for den enkelte borger. Og som en af bostøtterne fortæller, så er det væsentligt at lære hvordan man skal tale med borgeren, om vedkommende foretrækker borgeren at gå en tur, kommunikere på sms, eller om det er vigtigt for borgeren at kigge bostøtten i øjnene. Relationen fremhæves derfor som bærende for bostøttens arbejde med målgruppen.

7.2.3 Spørg ind til det der er svært - borgeren profiterer af nysgerrighed

Ifølge bostøtterne er det i myndighedsrådgivernes bestilling ifm. bostøttens arbejde med målgruppen, sjældent beskrevet at bostøtterne skal adressere borgerens selvskadende adfærd. Når bostøtterne så alligevel gør det, er det fordi det fylder for borgerne, og fordi bostøtterne oplever, at man skal turde spørge ind til det, der er svært. Bostøtterne fortæller på forskellige måder, at alle mennesker profiterer af nysgerrighed, men at man naturligvis skal være respektfuld ift., hvad borgeren ønsker at dele. Til gengæld er det ifølge bostøtterne væsentligt at vise borgeren, at man er til rådighed og vil dem.

7.2.4 Anvendelige samtale-teknikker eller pædagogiske tilgange

Bostøtternes primære 'arbejdsredskab' er samtaler med borgerne. En af bostøtterne fortæller, at de i deres kommune bruger den motiverende samtale til at rammesætte deres samtaler med borgerne. Denne bostøtte oplever, at det er relevant at arbejde med netop den motiverende samtale, fordi det giver mulighed for at arbejde med borgerens motivation og recovery.

Herudover nævnes den pædagogisk tilgang "gentle teaching", som fokuserer på at skabe trygge og kærlige relationer mellem pædagoger og personer, der har brug for støtte. Gentle teaching handler om at møde mennesker med kærlighed og respekt, og støtte dem i at udvikle sig på en nænsom og empatisk måde. Værdier som mennesker med svær selvskadende adfærd i høj grad profiterer af. Det skyldes ifølge en af bostøtterne, at det er værdifuldt for borgeren *"at blive mødt i øjenhøjde, ligegyldigt, hvilken adfærd og kompleksitet borgeren har, med tilgangen: at jeg vil dig, og hører dig, og er her sammen med dig. Og ligegyldigt, hvordan din adfærd er, så afviser jeg dig ikke"* (bostøtte).

Ligeledes nævnes KRAP som et anvendeligt grundlæggende mindset for, hvordan man forstår mennesker med svær selvskadende adfærd. KRAP står for Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anerkendende Pædagogik, og er en pædagogisk tilgang, som er funderet i en anerkendende og ressourcefokuseret tilgang til andre mennesker. Samtidig er der fokus på at skabe udvikling sammen med borgeren ud fra en nysgerrig, undersøgende og anerkendende tilgang.

"Aktiv lytning" fremhæves også som en teknik, der kan være gavnlig i det pædagogiske arbejde. Flere af bostøtterne oplever, at det kan være af stor værdi for

borgerne, at *"der egentligt bare er nogen, der lytter til dem"* og derigennem viser borgerne, at deres perspektiver er værdifulde.

Derudover understreger bostøtterne, at deres samtaler med borgerne ofte er nemmere for borgerne at være i, hvis der er et fælles tredje, dvs. en aktivitet eller noget andet, som man kan være fælles om, mens der bliver talt. Flere fremhæver værdien af walk-and-talks, som ifølge bostøtterne gør det nemmere for borgerne at udtrykke sig. Oplevelsen er, at det kan være hjælpsomt for borgerne, fordi det letter lidt, når formen er sådan, og derfor bliver det nemmere for borgerne at *"komme af med det, der er svært"*.

7.2.5 Alternative mestringsstrategier

En del af bostøtternes arbejde med målgruppen består også i at arbejde med alternative mestringsstrategier. Her nævnes alt lige fra, at borgeren kan tygge på frosne chilier, til at borgeren går en lang tur med sin bostøtte, tager et bad med tøj på eller blot har en samtale, som kan hjælpe med at skubbe tankerne om selvskade i baggrunden, og på den måde modstå trangen til at skade sig selv. Det er individuelt, hvad der virker for den enkelte borger, og derfor består bostøttens arbejde i netop at finde ud af, hvad der fungerer for den enkelte. Som en af bostøtterne fortæller, så handler det om at *"arbejde eller støtte dem i at komme et sted hen, hvor de kan arbejde med de ting, der gør, at de får trangen til selvskade"*.

Actioncards nævnes som en konkret metode til at arbejde med alternativ mestring. Et actioncard er et lille kort, hvorpå den alternative mestringsstrategi står beskrevet i stikord. Der kunne fx stå "gå en tur", eller "ring til din mor". Et action card beskriver således en specifik handling, som borgeren skal gøre. Borgeren har typisk en lille bunke med actioncards liggende, som de kan tage fat i, hvis de får trang til at skade sig selv, og ikke kan rumme så meget. Det samme kan gøres med videoer, som borgeren optager til sig selv, hvor de minder sig selv om en alternativ mestringsstrategi. Når borgerne har det skidt, kan de åbne videoerne og minde sig selv om, hvad de kan gøre i stedet. Bostøtterne vurderer, at det er virkningsfuldt, fordi borgerne får en simpel instruks, og ikke selv skal tænke over, hvad de skal gøre. På den måde kan det hjælpe til at skubbe tanker om og trang til selvskade i baggrunden. Indholdet på actioncards og videoer arbejder borgeren og bostøtten med i deres samtaler og i "fredstid", dvs. når borgeren ikke har trang til selvskade.

Nogle af bostøtterne nævner også vigtigheden af at arbejde med kriseplaner. En kriseplan består af en række detaljerede oplysninger om, hvilke tegn borgeren skal være opmærksom på ved sig selv, og hvordan borgeren skal reagere, så trangen ikke tager over. Kriseplanen kan oftest være på et A4-ark.

Bostøtterne understreger, at arbejdet med alternative mestringsstrategier, og herunder videoer, action cards og kriseplaner er et fortløbende arbejde, som man

løbende skal vende tilbage til og revurdere. Herudover fortæller bostøtterne, at det de fremhæver som virkningsfuldt *"det virker for nogen, og for andre virker det overhovedet ikke"*. Netop derfor skal ovenstående ses som *mulige* greb, der er virkningsfulde i nogle tilfælde.

7.2.6 Empowerment gennem ansvar

Bostøtterne er enige i, at det er væsentligt at arbejde med en empowerment-tankegang. Det indebærer at borgeren har medansvar for at tage hånd om de konsekvenser, der er ved at skade sig selv, herunder eventuel rengøring eller ture på skadestuen. Formålet med denne strategi synes at være, at give borgerne bedre erfaring og evner til at leve hensigtsmæssigt med selvskade som et vilkår i deres liv. Arbejdet med at give ansvar tilbage til borgerne føder desuden ind i en mere generel pointe fra bostøtterne, nemlig at borgeren i sidste ende er ansvarlig for om vedkommende skader sig selv eller ej, uanset hvor meget bostøtterne gerne vil støtte og hjælpe. Nogle bostøtter oplever imidlertid at denne strategi kan være dilemmafyldt, men også en måde at passe på sig selv i arbejdet med målgruppen, hvor frykten for hvad borgerne gør ved sig selv altid ligger i baghovedet hos bostøtterne. Det leder os videre til bostøtternes næste pointe, der berører det største dilemma i arbejdet med borgerne, nemlig hvordan man som medarbejder kan holde til at arbejde med målgruppen.

7.2.7 Systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring er en forudsætning for bostøtternes arbejde

For at kunne *"holde tungen lige i munden"* og *"bevare roen og være rummelig"* i samarbejdet med målgruppen, er det nødvendigt med systematisk og jævnlig faglig supervision, refleksion og sparring, som sætter medarbejderne i stand til netop det. Alle bostøtterne taler om nødvendigheden af supervision og faglige sparringsmøder i deres teams. Det kræver, at ledelsen prioriterer dette, men også at der bliver skabt en god kultur, hvor man som medarbejder *"tør stille sig frem og sige at det er svært"*. Samtidig er der enighed om, at faglig sparring først bliver meningsfuld, når den er systematiseret og formaliseret, da oplevelsen ellers er, at det bliver udveksling af løst og fast. Den faglige sparring er en nødvendighed for at kunne holde sin faglige nysgerrighed i live, hvilket ligeledes er nødvendigt i arbejde med denne målgruppe. Ligeledes har bostøtterne brug for supervision og sparring for at *"kunne gå hjem med god samvittighed"*, og 'kunne være i' at der potentielt kan ske borgerne noget, mens man har fri.

7.2.8 Virkningsfuldt at være et lille hold om borgeren

Bostøtterne fremhæver også, at det kan være virkningsfuldt at arbejde i små teams om borgeren. Det har både fordele for medarbejderne og for borgeren. Det kan for

bostøtterne være rart at have et sæt ekstra øjne på borgeren, ligesom det er rart at sparre med en kollega, som har indgående kendskab til borgeren. Det betyder for nogle af bostøtterne, at de bedre kan være i arbejdet, og oplever en stor grad af psykologisk tryghed. Herudover er det befordrende for borgeren at blive mødt af kendte ansigter, i det omfang det er muligt, så der ikke skal startes forfra ift. det relationelle. På den måde oplever bostøtterne, at det at *"man er sammen som et lille hold, er win-win for medarbejdere og borger"*.

7.2.9 Det er vigtigt at blive ved med at udvikle sig fagligt

Bostøtterne har en oplevelse af, at de arbejder med borgerne på forskellige måder, netop fordi de er forskellige mennesker. Samtidig er gruppen af bostøtter generelt sammensat af ansatte med mange forskellige uddannelsesbaggrunde. Nogen har en pædagogisk baggrund og andre har ikke, mens andre igen kan være specialiseret i specifikke målgrupper. Det betyder, at bostøtterne kommer med forskellige kompetencer, og derfor kan byde ind med noget forskelligt.

Der er i ingen af kommunerne en fælles faglig retning eller formaliseret bedste praksis for, hvordan arbejdet med målgruppen af svært selvskadende voksne gribes an. Det ser bostøtterne dog ikke som et problem, da målgruppen er så heterogen, at man ikke kan bruge én bestemt metode, der imødekommer alle borgernes behov. Det betyder dog ikke at bostøtterne ikke er interesserede i mere viden om målgruppen. De beskriver nemlig, at det er væsentligt at blive ved med at udvikle sig fagligt for at kunne understøtte målgruppen. En af bostøtter udtaler: *"hvis jeg nu fik en bestemt retning, jeg skulle arbejde i, så ville jeg føle mig hæmmet i mit arbejde (...) men alligevel så synes jeg, at det er rart at have flere forskellige metoder eller tilgang til det. Og der kan jeg godt, der vil jeg altid være åben for at have flere metoder i værktøjskassen, kan man sige"*.

Bostøtterne efterspørger specifikt:

- At medarbejdergruppen har den samme grundlæggende baggrundsviden om svær selvskadende adfærd.
- Viden om hvordan man undgår forråelse i samarbejdet med målgruppen.

7.3 Perspektiver fra myndighedsrådgivere

I dette afsnit præsenterer vi de centrale temaer, som myndighedsrådgiverne italesætter som vigtige i samarbejdet med målgruppen. Temaerne indeholder også nogle af de dilemmaer, som myndighedsrådgiverne oplever, at de kan stå over for. Vi konkretiserer desuden myndighedsrådgivernes ønsker til mere viden eller konkrete redskaber, i de tilfælde hvor de italesætter et behov for det. Vi har interviewet fire myndighedsrådgivere på voksenområdet fra tre forskellige kommuner. Rådgiverne

har alle flere års erfaring med målgruppen af svært selvskadende voksne fra deres myndighedsarbejde inden for socialt udsatte, handicap eller psykiatri-området.

7.3.1 Få borgere med svær selvskadende adfærd, men fornemmer at målgruppen vokser

På tværs af interviewene ses det, at rådgiverne ikke har mange borgere med svær selvskadende adfærd. Myndighedsrådgiverne anslår, at de på nuværende tidspunkt har ingen til én borgere ud af deres sagsstammer på 60 til 65 sager, som har denne adfærd. I løbet af interviewene refererer de derfor til oplevelser og erfaringer med få borgere, som har/har haft svær selvskadende adfærd. Myndighedsrådgiverne fortæller derfor, at de sjældent har borgere med meget svær selvskadende adfærd, men når de har en sådan sag, så beskrives det som "*delikat*" og "*meget sårbart*". Myndighedsrådgiverne fortæller også at de har en oplevelse af, at der er sket en stigning i borgere med svær selvskadende adfærd, men refererer til at de oftest ser selvskade i mildere grad.

7.3.2 Vigtigheden af at etablere en tillidsfuld samarbejdsrelation

Myndighedsrådgiverne fremhæver alle vigtigheden af at danne en tillidsfuld samarbejdsrelation til borgeren. De understreger, at dette naturligvis gør sig gældende for alle de borgere, de arbejder med, men at der er skærpede krav til at kunne danne en tillidsfuld relation til denne målgruppe. Det skyldes ifølge rådgiverne, at målgruppen ofte har været meget igennem i deres liv og bærer traumer eller andet med sig, som udløser adfærden. Samtidig er rådgiverne opmærksomme på, at borgerne også kan bære mange negative erfaringer med sig i ift. deres kontakt med offentlige instanser eller hjælpesystemer. Nogle af rådgiverne fortæller, at målgruppen ofte er omgivet af mange fagpersoner og systemer uden nødvendigvis at have oplevet fagpersonerne eller systemerne som hjælpsomme. En rådgiver fortæller derfor, at man ofte kan "*føle sig bagud på point*" i samarbejdet, og netop derfor er det helt centralt at få etableret et godt samarbejde.

Myndighedsrådgiverne fortæller derfor, at det er helt centralt at skabe et "trykt rum" med en opmærksomhed på, at rådgiver ikke får sagt noget, der trigger adfærden. Det indebærer ifølge rådgiverne at være validerende og forstående ift. borgerens situation, og være nysgerrig på hvorfor borgerne "*mestrer som de gør*". Ifølge rådgiverne er det derfor væsentligt at have blik for, hvad borgerne "*prøver at kommunikere med adfærden*", og med andre ord få greb om, hvad der ligger bag adfærden.

Herudover fortæller rådgiverne, at det er vigtigt at være tydelig i sin kommunikation, og forklare borgeren hvorfor rådgiveren gør som den gør. Det er også væsentligt helt lavpraktisk at følge op på de aftaler, der er lavet (og fx ikke blot udskyde, selvom en

afgørelse ikke er kommet endnu). En af rådgiverne peger på, at det kan være befordrende for samarbejdet at tænke med en traumebevidst tilgang.

7.3.3 Balance mellem at træde varsomt, men ikke være berøringsangst ift. adfærden

For at kunne oplyse borgerens sag relevant og tilbyde den rette indsats, fortæller rådgiverne, at det er nødvendigt at tale om den selvskadende adfærd. Rådgivernes centrale pointe i den forbindelse er, at de oplever en vigtig balance mellem at træde varsomt, men samtidig ikke være berøringsangst i netop den samtale med borgeren. Som rådgiverne fortæller, har de netop brug for den viden til at kunne lave den rigtige indsats, eller at "*sætte det rigtige støttekorps til rådighed*". For nogle af rådgiverne er det dog en overvejelse, om deres samtaler med borgerne kan være med til at trigge adfærden, og af den grund italesætter de alle en opmærksomhed på at finde en balance her. Med det mener rådgiverne konkret, at de ikke har behov for detaljerede beskrivelser af den selvskadende adfærd, men at der er behov for at italesætte adfærden, og hvad der ligger bag adfærden, som skal bearbejdes, for at kunne afdække borgerens situation.

Myndighedsrådgiverne efterspørger:

- Viden om hvilke spørgsmål, temaer mv. som myndighedsrådgiver bør være nysgerrig på i sin afdækning af borgerens situation, behov og ønsker. Gerne i form af opmærksomhedspunkter, som man kan komme omkring.

7.3.4 Tid og tålmodighed – det lange seje træk

Rådgiverne fortæller at det er væsentligt at have tålmodighed med målgruppen. Bedring kræver tid og tålmodighed for målgruppen og skabes i det lange seje træk.

7.3.5 Det er væsentligt at give ansvar tilbage til borgeren

Rådgiverne påpeger, at de oplever, at det er virkningsfuldt at give ansvar tilbage til borgeren. Med det mener rådgiverne, at de tydeligt kommunikerer, at hverken rådgiver eller fagpersoner på botilbud eller lignende kan tage ansvar for borgerens liv. Rådgiverne kan støtte og hjælpe borgeren, men i sidste ende er det borgeren, der har ansvar for sit eget liv. Derfor har borgeren også et valg, dels ift. at skade sig selv, dels ift. at være indstillet på at tage imod hjælp. Markeringen af denne position betyder for nogle af rådgiverne, at det er nemmere at være i samarbejdet med målgruppen velvidende, at de skader sig selv. Vi tolker således også myndighedsrådgivernes pointe om at give ansvar tilbage til borgeren, som måde de forsøger at passe på sig

selv i samarbejdet og som i værste fald kan medføre underinvolvering eller en forrået tilgang til borgeren²².

7.3.6 Valg af indsats – væsentlige elementer

Inddragelse af borgeren

Det er rådgivernes erfaring, at det kan være meget individuelt, hvad der virker for den enkelte borger, fordi borgerne er meget forskellige. Derfor er det væsentligt at inddrage borgerne i, hvad de gerne vil, da de selv skal være med på den plan, der bliver lagt.

Overvejelser ift. valg af botilbud

Når rådgiverne kigger efter et velegnet botilbud, er det væsentligt at botilbuddet har erfaring med målgruppen og generelt arbejder rehabiliterende og med en recovery-orienteret og anerkendende tilgang til borgeren. Ligeledes nævnes det som væsentligt, at botilbuddene har fokus på skadesreduktion, hvilket indebærer en anerkendelse af, at adfærden er der, og ikke nødvendigvis går over. Derfor kan det være nødvendigt at lade borgeren skade sig selv, men støtte borgeren i at gøre det på mere sikre måder.

Samtidig skal botilbuddet være indstillet på at indgå i et tværfaglige samarbejde med andre involverede fagpersoner omkring borgeren, som fx psykiatri, somatik og myndighed. En rådgiver fortæller i den forbindelse:

"Vores borgere bliver nogle gange udsat for, at der er mange fagfolk inde over, som lever i hver deres lille søjle. Og det skal jo gå op alle steder... men hvis man ikke snakker sammen, så bliver de ligesom "fanget i et spil", og det skulle man helst undgå. Så det er jo den der tværfaglige del i samarbejdet omkring de her særligt komplekse borgere, synes jeg er så utrolig vigtigt for at kunne lave nogle gode planer, helt ned fra kriseplanen på botilbuddet, til hvordan udskrivningen er, eller indskrivningen på hospitalet, til antal støttetimer i det jeg bevilger til... eller om der skal hives andre specialister ind". (case 2)

Herudover lægger rådgivere vægt på betydningen af det tværfaglige samarbejde om målgruppen, i form af at det involverede botilbud og de øvrige involverede fagpersoner arbejder ud fra den samme ramme ift. borgeren. Rådgiverne oplever, at indsatsen bliver mere virkningsfuld, når der er aftalt en tydelig retning for, hvordan

²² Vi gør desuden opmærksom på, at projektets specialistgruppe ikke anbefaler at anvende termer som "at give ansvar tilbage til borgeren", da det er uhensigtsmæssigt og netop kan betyde underinvolvering eller forråelse i samarbejdet med borgeren.

der arbejdes. Det betyder, at de forskellige fagpersoner og evt. pårørende skal arbejde i samme retning, hvilket er med til at give en tydelighed i, hvad borgeren skal, ligesom det giver en mere sammenhængende indsats.

Nogle af rådgiverne fortæller desuden, at de i deres valg af botilbud også kigger på, om botilbuddene anvender specifikke metoder, som fx DAT. Ligesom de generelt er optagede af at vælge botilbud til målgruppen, som arbejder med evidensbaserede metoder, der kan reducere adfærden.

Myndighedsrådgiverne efterspørger:

- Mere viden om hvilke metoder, der virker i arbejdet med målgruppen og specifikt ift. selvskadende adfærd, det kan være hjælpsomt til at vælge et botilbud.

Borgeren kan have brug for en ramme, der giver dem mere ansvar

Nogle af rådgiverne oplever, at botilbud sjældent er den bedste ramme for borgerne. Baseret på deres erfaringer med målgruppen, har borgerne ofte brug for en ramme som giver dem mere ansvar tilbage for eget liv, forstået på den måde at omsorgen ikke hele tiden er tæt på. Det skyldes en iagttagelse af, at for megen omsorg kan være vedligeholdende for adfærden. Nogle af rådgiverne oplever derfor at det kan have en reducerende virkning på den selvskadende adfærd, når borgeren bor i egen bolig med bostøtte fremfor at bo på et botilbud.

7.3.7 Målgruppen kan være udfordrende at arbejde med - ikke blot fagligt, men også følelsesmæssigt

Rådgiverne har i forskellig grad oplevet, at målgruppen kan være vanskelig at samarbejde med, både fordi det kan være vanskeligt at sammensætte en virkningsfuld indsats rent fagligt, og fordi målgruppen kan udfordre følelsesmæssigt. Rådgiverne fortæller, at de formentligt oplever dette i langt mindre grad end udførende kolleger, fordi de selv har en slags armlængde til borgerens adfærd. Men alligevel har nogle af rådgiverne oplevet at blive følelsesmæssigt påvirket af samarbejdet med borgerne og frygten for, hvad borgerne gør ved sig selv. En rådgiver fortæller, at dette særligt gør sig gældende i perioder hvor borgeren befinder sig i overgange, mens det ikke er så udtalt, når borgeren fx bor på et botilbud. Nogle af rådgiverne fremhæver derfor betydningen af at have adgang til at kunne drøfte sagerne fagligt, men også håndtere den følelsesmæssige påvirkning eller belastning samarbejdet med målgruppen kan fremkalde.

8 Fund fra interviews med borgere

I dette afsnit vil vi kort fremhæve de erfaringer, som de interviewede borgere har gjort sig i forbindelse med håndtering af deres svære selvskadende adfærd på de botilbud, hvor de har boet. Selvom tre interviews med udvalgte borgere ikke giver os et repræsentativt billede af målgruppen, vil det dog alligevel kunne give os et præg om, hvad borgerne selv ser som afgørende i arbejdet med at reducere målgruppen udfordringer med selvskade.

8.1 Borgernes erfaring med botilbud og selvskadende adfærd

De tre interviewede borgere har alle en relativt lang historik med selvskadende adfærd med tidlig debut aldersmæssigt. Aldersmæssigt fordeler borgerne sig fra 30-39 år, som det ses i display 5. De tre borgere har boet på botilbud i flere år, og har tidligere haft svær og livstruende selvskadende adfærd. Fælles for borgerne er dog også, at de er på vej ud på den anden side af selvskaden, og derfor heller ikke er aktivt selvskadende efter deres eget udsagn.

Det er forskelligt, hvad borgerne tilskriver deres positive udvikling. En borger beskriver, hvordan lysten til at tage sig af sin krop pludseligt kom til ham (case 1). En anden borger beskriver en specifik selvskadeepisode, hvor lægens håndtering ved indlæggelsen gjorde så stort et indtryk på hende, at hun efterfølgende fik vendt sin udvikling. Denne borger beskriver dog også, at efter dette vendepunkt sker der også vigtig udvikling i arbejdet på botilbuddet, hvor hun fx beskriver dét at få struktur i sin hverdag som afgørende (case 2). Den sidste borger tilskriver sin positive udvikling et behandlingsforløb i psykiatrien snarere end udvikling på botilbuddet, men hun understreger dog også, at det sideløbende med behandlingen var afgørende for hende at have personale tilgængeligt til at hjælpe hende med at afstå fra at selvskade. Derudover fremhæver hun også, at før hun selv fik motivationen, kunne relationen til personalet være hendes motivation for at kæmpe imod selvskaden (case 3).

Display 5: Borgerinterviews – beskrivelse af borgere:

Case	Primære diagnoser	Alder	Køn	Erfaring med botilbud og selvskade	Status på borgerens selvskade i dag
1	Skizofreni, gren af autisme	30	Mand	Har boet på bosted i cirka 10 år. Har udøvet svær og livstruende selvskade, samt haft selvmordsforsøg.	Tæt på at være fri af selvskaden, bor i egen bolig og har kontaktperson som støtte. Tilskriver sin positive udvikling en pludselig motivation indefra, og brugen af motion som erstatning for selvskaden.
2	ADHD, PTSD, angst	26	Kvinde	Har boet på bosted i flere år og har udøvet både svær og livstruende selvskade, samt selvmordsforsøg.	Har ikke skadet sig selv i 2 år og bor i egen lejlighed. Tilskriver sin positive udvikling en ekstrem situation i akutmodtagelsen (wake up call), og efterfølgende arbejde med dialektisk adfærdsterapi og struktur i hverdagen på bostedet.
3	PTSD, borderline, ADHD	39	Kvinde	Har boet på bosted i flere år. Har udøvet svær og livstruende selvskade, samt flere selvmordsforsøg.	Har ikke skadet sig selv i omkring 1,5 år. Bor i egen lejlighed med bostøtte. Tilskriver sin positive udvikling et behandlingsforløb i psykiatrien og til dels tilgængeligheden af personale på bostedet, samt relationen til personalet.

8.2 Borgernes anbefalinger til arbejdet med svær selvskade på botilbud

8.2.1 Vigtigheden af det relationelle arbejde

På tværs af borgernes anbefalinger til botilbuddenes arbejde med af svært selvskadende borgere, er det et fællestræk, at relationen fremhæves som afgørende.

Relationen mellem borgeren og personalet, er noget, som fremhæves som afgørende i arbejdet, fordi borgerne oplever det som en forudsætning for at kunne have tillid til medarbejderne og arbejde med reduktion af selvskaden. Det handler altså både om tilgangen i det akutte, hvor borgerne fremhæver vigtigheden af at kunne stole på personalet hjælper dem, men det handler også om det forebyggende arbejde, der sker i fredstid. I det forebyggende arbejde er relationen vigtig, fordi borgerne oplever det som virksomt, når de oplever, at personalet virkelig prøver at forstå dem og lytter til, hvad deres behov og udfordringer er.

Display 6: Borgernes anbefalinger til botilbuds arbejde med svært selvskadende borgere:

Case	Anbefalinger til botilbuds arbejde med målgruppen	Opmærksomhedspunkter i arbejdet
1	• Stabilitet i kontaktperson og etablering af en god relation • Oplæg fra peers, der kan fortæller om deres erfaringer – fokus på at dette kan skabe håb for andre • Personalet skal gå til selvskaden med et åbent sind og neutral – uden forudgående fordomme og forestillinger • Personalet skal møde borgeren på borgerens niveau og forsøge at forstå den bagvedliggende årsag til, at borgeren selvskader	• Det er ikke konstruktivt med for stor udskiftning i personale, det kræver stabilitet for at skabe en god relation
2	• Det er afgørende, at personalet <i>lytter</i> til borgeren og behandler borgeren som den, der ved bedst om sit eget liv • Personalet bør lave risikovurderinger dag til dag og fokusere på forebyggende arbejde • Hvis selvskaden er sket, så skal personalet hjælpe borgeren med at komme videre og ikke få dem til at føle yderligere skyld og skam over det • I akutte selvskadeepisoder, skal der være mindst én sundhedsfaglig personale tilgængelig • Personalet bør skabe en god og tillidsfuld relation til borgeren • Personalet skal snakke med borgeren om, hvad man ville kunne gøre anderledes (forebyggende)	• Det er vigtigt, at personalet ikke øger den skam og skyld, som borgeren føler efter en selvskadeepisode • Personalet bør ikke dvæle ved episoden, men hjælpe borgeren videre og se fremad
3	• Personalets relation til borgeren er afgørende for arbejdet, og den bør være præget af tillid • Det er vigtigt, at personalet informerer om den tilgang, de vælger, så der er åben og tydelig kommunikation om tilgangen til borgeren • Personalet bør være trænet i dialektisk adfærdsterapi og åben dialog	• Personalet skal være opmærksomme på ikke at snakke hen over hovedet på borgeren

	• Personalet bør have høj faglig viden, men der bør også være tidligere selvskadende ude at fortælle om deres rejse med selvskade • Det er vigtigt, at personalet arbejder med at give ansvar tilbage til borgeren, når timingen er rigtig, hvor borgeren får ejerskab over egen udvikling • At personalet arbejder med borgerens motivation og lyst til at leve, når der er fredstid, fx ved at starte hobbyer eller andre sociale aktiviteter	
--	---	--

8.2.2 Peer-oplæg og inspiration fra tidligere selvskadende

Der er to af borgerne, som nævner, at de mener, at man bør have nogle "peers" ude på besøg på botilbuddet for at fortælle om positive erfaringer. Særligt den ene borger fremhæver, at dette vil kunne skabe håb og at personen ville kunne være et forbillede for dem, som står midt i selvskaden (case 1). For ham ville det være afgørende, fordi man får lov at se og høre et "ægte menneske" som har gået igennem det samme som mange af beboerne gør (case 1).

8.2.3 Én borger har et ønske om dialektisk adfærdsterapi og åben dialog

Udover disse fællestræk i anbefalinger, er der også nogle anbefalinger, som er forskellige på tværs af borgerne. En borger fortæller fx at hun ville ønske, at personalet er trænet i de specifikke metoder, nemlig dialektisk adfærdsterapi og åben dialog (case 3). Denne borger fremhæver dialektisk adfærdsterapi som et "meget simpelt" redskab, hvor man fx arbejder med, hvad man kunne have gjort anderledes ved en selvskadeepisode (case 3). Borgeren fremhæver også gode erfaringer med åben dialog, hvor hun oplevede at hun pludselig fik en helt ny stemme hos personalet gennem denne form for samtale og blev lyttet til på en ny måde (case 3).

8.2.4 Én borger fremhæver vigtigheden af at se fremad efter en selvskadeepisode

Én borger fortæller om, hvordan hun har oplevet, at når man har skadet sig selv, så føler man allerede både skam og skyld, hvorfor det sidste man har brug for er, at personalet også fortæller en, at det var dumt eller man skulle lade være (case 2). Denne tilgang vil blot være en forstærkning af den skam og skyld, som borgeren allerede oplevede. Borgeren mener derfor, at det er mere konstruktivt, når personalet hjælper borgeren med at se fremad fremfor at dvæle for længe ved den enkelte selvskadeepisode (case 2).

9 Konklusion & Anbefalinger

I denne vidensafdækning har vi undersøgt, hvad der kendetegner målgruppen af borgere med svær selvskadende adfærd, samt hvilke metoder, faglige tilgange og indsatser der kan være relevante i det socialfaglige arbejde med målgruppen særligt på botilbud og i bostøtten.

Forskningslitteraturen er præget af få artikler, der fokuserer specifikt på målgruppen af borgere med svær selvskade (Ness et al., 2016: 427; Holth et al., 2018: 605; Møhl & Rubæk, 2016: 154). De få artikler, der ekspliciterer dette specifikke fokus, peger entydigt på, at det er tale om en heterogen målgruppe med komplekse problemstillinger, diagnoser og komorbiditet (Ness et al., 2016: 435; Holth et al., 2018: 611). Målgruppens heterogenitet består bl.a. af forskelle i selvskadens funktion, frekvens, type samt psykisk komorbiditet (Ness et al., 2016: 427; Holth et al., 2018: 610). De artikler, der i øvrigt indgår i litteraturstudiet, og som i mindre grad beskæftiger sig med svær selvskadende adfærd peger på, at selvskade ofte anvendes som en strategi til at mestre det, der er svært, hvilket betyder, at selvskade er udtryk for en funktionel adfærd (Møhl & Rubæk, 2016; Dhingra & Ali, 2016: 6; Klonsky et al., 2014: 566; Mughal et al., 2023; Troya et al., 2019; Holth et al., 2018; Nielsen, Sayal & Townsend, 2017; Slabbert, Hasking & Boyes, 2018; Turner et al., 2017). Samtidig opstår selvskade ofte i samspil med psykisk komorbiditet, men adfærden beskrives som et symptom, og kan ikke isoleres til en bestemt diagnose (Liu, 2023: 274).

På samme måde, som at der er få artikler, der beskæftiger sig specifikt med målgruppen af borgere med svær selvskade, finder vi ingen metoder, tilgange eller indsatser, der er specifikt udviklet til at reducere selvskade. Det skyldes formentligt at selvskadende adfærd ikke er en selvstændig diagnose, men både knytter sig til forskellige diagnoser og også forekommer blandt mennesker uden diagnoser. Derudover peger litteraturen på, at der fortsat er behov for mere empirisk funderet viden om, hvordan vi bedst muligt behandler adfærden og om virkningsfulde komponenter (Klonsky et al, 2014: 565; Muehlenkamp, 2006: 175; Andover et al, 2015: 639).

Flere studier, der indgår i litteratursøgningen, herunder studier der er gennemført som randomiserede kontrollerede forsøg (RCT-studier), peger dog på, at dialektisk adfærdsterapi (DAT) og Emotionel Regulation Group Therapy (ERGT) kan være virkningsfulde til at reducere selvskadende adfærd (Andover et al., 2015: 639; Muehlenkamp, 2006: 173; Turner et al., 2014: 579; Bentley, 2017: 633; Gratz, Tull & Levy, 2014: 2110; Dahlberg et al. 2018: 15). Hertil kommer en række andre mindre veldokumenterede indsatser, som forskningslitteraturen også fremhæver som potentielt virkningsfulde (Muehlenkamp, 2006: 169; Andover et al., 2015: 640; Turner et al., 2014: 579; Bentley et al., 2017: 635; Hooley et al., 2018: 7-10). Generelt står det frem, at det er adresseringen af selvskadens funktion og det, der ligger bag adfærden, der gør

indsatserne virkningsfulde (Muehlenkamp, 2006: 178; Turner et al., 2014: 581; Gratz, Tull & Levy, 2014: 2100; Dahlberg et al., 2018: 15; Andover et al., 2015: 639). Derfor peger forskningslitteraturen også på, at det er relevant som fagperson at støtte borgeren i at arbejde problemfokuseret med disse forhold (Turner et al., 2019: 1343; Andover et al., 2015: 641, 643). Forudsætningen for dette arbejde ligger ifølge forskningslitteraturen i opbyggelsen af en stærk og tillidsfuld terapeutisk alliance mellem medarbejder og borger, der skal være med til at understøtte et bedre indblik i borgerens selvskade, dens funktion og mønster samt potentielle strategier til at reducere den (Morris et al., 2015: 131; Lewin et al., 2023: 58; Muehlenkamp, 2006: 177; Andover et al., 2015: 642; Dahlberg et al., 2018: 21). Med andre ord skal den terapeutiske alliance mellem borger og medarbejder ifølge litteraturen danne udgangspunkt for det videre arbejde med at forstå adfærden og finde nye løsninger til at håndtere det, der er svært. Det kan også være relevant at arbejde med skadesreduktion som supplement til alternative mestringsstrategier, i forsøget på at gøre selvskaden mere sikker og mindre traumatiserende for borgeren (Lewin et al., 2023: 58). Samtidig peger litteraturen på, at replikationsstrategier (som fx smækken med elastik om håndledet, isbad) understøtter dynamikken i selvskaden, og kan være vedligeholdende for den selvskadende adfærd (Lewin et al., 2023: 41). Derfor bør replikationsstrategier alene anvendes i korte perioder, ligesom de bør suppleres af problemfokuserede mestringsstrategier (Andover et al., 2015: 641, 643).

Vidensafdækningen indeholder desuden en gennemgang af den grå litteratur i Danmark, Norge og Sverige. Her går flere af de ovenstående pointer igen – fx fremhæves DAT og ERGT som virksomme indsatser, mens den problemfokuserede tilgang og den terapeutiske alliance også fremhæves som vigtige elementer i arbejdet med målgruppen af borgere med svær selvskadende adfærd. Herudover peger den grå litteratur særligt på, at 1) møde borgeren med omsorg og respekt samt være nysgerrig på det enkelte individ, 2) behovet for uddannelse og viden om selvskade blandt fagpersoner og 3) udviklingen af færdigheder til borgere med selvskade (Tørmoen et al., 2017; Psykiatrien i Region Sjælland, 2025d; Implement, 2018; Psykiatrien i Region Syddanmark, 2025b; Ilsvard, 2016; Ilsvard 2017; Westling et al., 2016; Nationella vård- och insatsprogram, 2025). Disse tre fokuspunkter går på tværs af litteraturen i Danmark, Norge og Sverige, og understreger behovet for, at arbejdet med selvskade sker på et vidensbaseret grundlag, der har øje for det enkelte individ, og de værktøjer, kompetencer og færdigheder, der kan være relevante i den enkelte borgers situation.

Endelig indeholder vidensafdækningen interviews med fagpersoner fra botilbud, bostøtter, myndighedsrådgivere samt tre borgere, der tidligere har haft svær selvskadende adfærd. Fagpersonerne på botilbuddene deler generelt opfattelsen af, at borgere med svær selvskade er en kompleks målgruppe, og at selvskaden anvendes som en mestringsstrategi til at håndtere noget bagvedliggende. På botilbuddene er der samtidig en tendens til at arbejde nysgerrigt med at forstå

borgerens selvskade, mens DAT, Low Arousal og Åben Dialog fremhæves som virkningsfulde indsatser. Hertil sætter fagpersonerne på botilbuddene generelt pris på en ensartet faglig tilgang til arbejdet med målgruppen, idet medarbejderne vurderer at det skaber sammenhæng i borgerens behandling, mens det samtidig bekræfter og understøtter medarbejderne i deres faglige tilgang. Faglig supervision og sparring, er essentiel for at imødekomme den følelsesmæssige belastning, som medarbejderne på botilbuddene og bostøtten betegner som et grundvilkår i deres arbejde med målgruppen. Samlet set peger fagpersonerne på botilbud og i bostøtten på, at viden om målgruppen og det at arbejde relationelt er afgørende for at reducere borgernes selvskade.

På baggrund af vidensafdækningen har vi i samarbejde med projektets specialistgruppe udledt 6 anbefalinger, som danner grundlag for det videre arbejde med det praksisrettede vidensprojektet om svær selvskadende adfærd blandt voksne:

1. Tag udgangspunkt i at den selvskadende adfærd har en funktion for borgeren, så den sociale indsats i højere grad kan fokusere på adfærdens funktioner fremfor på adfærden i sig selv.
2. Mød borgeren med ro, nysgerrighed og en ikke-dømmende tilgang. Det øger sandsynligheden for at kunne etablere en tillidsfuld samarbejdsrelation til borgeren. Det er det første skridt til at kunne støtte borgeren i at forstå adfærden, og på sigt sætte noget andet i stedet for den selvskadende adfærd.
3. Støt borgeren i at udvikle og anvende alternative mestringsstrategier til den selvskadende adfærd, som borgeren kan trække på, når han eller hun får trang til selvskade.
4. Etabler en fælles faglig retning for håndtering af selvskadende adfærd på botilbud og i bostøtten, så medarbejderne arbejder ud fra en ensartet praksis i mødet med borgeren.
5. Sørg for som ledelse at sikre systematisk og jævnlig faglig refleksion, sparring og supervision. Det styrker den faglige kvalitet i indsatsen og understøtter den refleksive kapacitet i et følelsesmæssigt højrisikoarbejde, og giver medarbejderne mulighed for at få øje på og håndtere, når de er følelsesmæssigt påvirkede af samarbejdet med målgruppen.
6. Styrk det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde gennem tydelig koordinering og en gennemgående kontaktperson.

9.1 Litteratur

Andover, M.S., Wren, A., Schatten, H.T., Morris, B.W., Shashoua, M.Y. & Holman, C.S. (2015). Non-Suicidal Self-Injury. Handbook of Adolescent Behavioral Problems - Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment. Second Edition. pp. 631-649. Springer NatureBentley, 2017

Dahlberg, Anna, Elin Wetterberg, Lars-Gunnar Lundh & Hanna Sahlin (2018). Experiences of Change in Emotion Regulation Group Therapy. A Mixed-Methods Study of Six Patients. Journal for Person-Oriented Research 4 (1): 15-28.

Dhingra, K. and Ali, P. (2016). Non-suicidal self-injury: clinical presentation, assessment and management. Nursing Standard, 31 (5). p.p. 42-49. ISSN 2047-9018

Gratz, K. L., M.T Tull & R. Levy (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. Psychological Medicine 2014 (44): 2099–2112.

Holth, F., Walby, F., Røstbakken, T., Lunde, I., Ringen, P.A., Ramleth, R.K., Room, K.L., Tveit, T., Torgersen, T., Urnes, Ø. & Kvarstein, E.H. (2018) Extreme challenges: psychiatric inpatients with severe self-harming behavior in Norway: a national screening investigation, Nordic Journal of Psychiatry, 72:8, 605-612.

Hooley, Jill M., Kathryn R. Fox, Shirley B. Wang og Anita N. D. Kwashie (2018). Novel online daily diary interventions for nonsuicidal self-injury: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2018 (18): 1-11.

Ilsvard, Sofie (2016). Virksomme indsatsselementer i behandlingen af selvskadende adfærd – En litteraturgennemgang. Aarhus N: Metodecentret.

Ilsvard, Sofie (2017). Unge med selvskadende adfærd og deres oplevelser med behandlings- og socialpsykiatrien - En interviewundersøgelse. Aarhus N: Metodecentret.

Implement (2018). Erfaringsopsamling om gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd. Hellrup: Implement Consulting Group. Afrapportering udarbejdet for Sundhedsstyrelsen

Klonsky, David E., Sarah E. Victor og Boaz Y Saffer (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. The Canadian Journal of Psychiatry 59 (11): 565-568.

Lewin, Caroline da Cunha, Mary Leamy og Laura Palmer (2023). How do people conceptualize self-harm recovery and what helps in adolescence, young and middle adulthood? A qualitative meta-synthesis. Journal of Clinical Psychology 80: 39-64.

Liu, R. (2023). The epidemiology of non-suicidal self-injury: lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. *Psychological Medicine* 53, 274–282.

Morris, Charlotte, Jane Simpson, Mark Sampson og Frank Beesley (2015). Emotion and Self-Cutting: Narratives of Service Users Referred to a Personality Disorder Service. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 22: 125-132.

Muehlenkamp, Jennifer J. (2006). Empirically Supported Treatments and General Therapy Guidelines for Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Mental Health Counseling* 28 (2): 166-185.

Mughal, F., Chew-Graham, C., Babatunde, O., Saunders, B., Meki, A. & Dikomititis, L. (2023). The functions of self-harm in young people and their perspectives about future general practitioner-led care: a qualitative study. *Health Expect.* 2023; 26: 1180-1188.

Møhl, Bo og Lotte Rubæk (2016). Selvskade hos psykiatriske patienter. *Psyke & Logos* 37: 137-158.

Nationella vård- och instatsprogram (2025). Självskafebeteende. Uppdrag Psykisk Hälsa. Link: [Nationella vård- och insatsprogram](#) (sidst besøgt: 25-02-2025)

Ness, J., Hawton, K., Bergen, H., Waters, K., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S. & Clarke, M. (2016). [High-Volume Repeaters of Self-Harm](#). *Crisis* 2016 37:6, 427-437.

Nielsen, E., Sayal, K. & Townsend, E. (2017). Dealing with difficult days: Functional coping dynamics in self-harm ideation and enactment, *Journal of Affective Disorders*, Volume 208, 2017, Pages 330-337, ISSN 0165-0327.

Psykiatrien Region Sjælland (2025d). Selvskadens 10 interventioner. Psykiatrien Region Sjælland. Link: (Sidst besøgt: 25-02-2025) <https://www.psykiatrienregsj.dk/om-psykiatrien/for-fagpersoner/faellesstrategi-for-haandtering-af-selvskade/selvskadens-10-interventioner>

Psykiatrien Region Syddanmark (2025b). Mindre tvang - mere frivillighed. Link: [Mindre tvang, mere frivillighed - hovedindsats for psykiatrisygehuset](#) (Sidst besøgt: 25-02-2025).

Slabbert, A., Hasking, P. & Boyes, M. (2018). Riding the emotional roller coaster: The role of distress tolerance in non-suicidal self-injury, *Psychiatry Research*, Volume 269, 2018, Pages 309-315, ISSN 0165-1781.

Troya, M., Babatunde, O., Polidano, K., Bartlam, B., McCloskey, E., Dikomititis, L. & Chew-Graham, C. (2019). Self-harm in older adults: systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2019;214(4):186-200.

Turner, Brianna J, Sara B. Austin og Alexander L. Chapman (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry* 59 (11): 576-585.

Turner, B., Wakefield, M., Gratz K. & Chapman, A. (2017). Characterizing Interpersonal Difficulties Among Young Adults Who Engage in Nonsuicidal Self-Injury Using a Daily Diary. *Behav Ther.* May;48(3):366-379

Turner, Brianna J., Sebastian Baglole, Alexander L. Chapman og Kim L. Gratz (2019). Experiencing and Resisting Nonsuicidal Self-Injury Thoughts and Urges in Everyday Life. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 49 (5): 1332-1346.

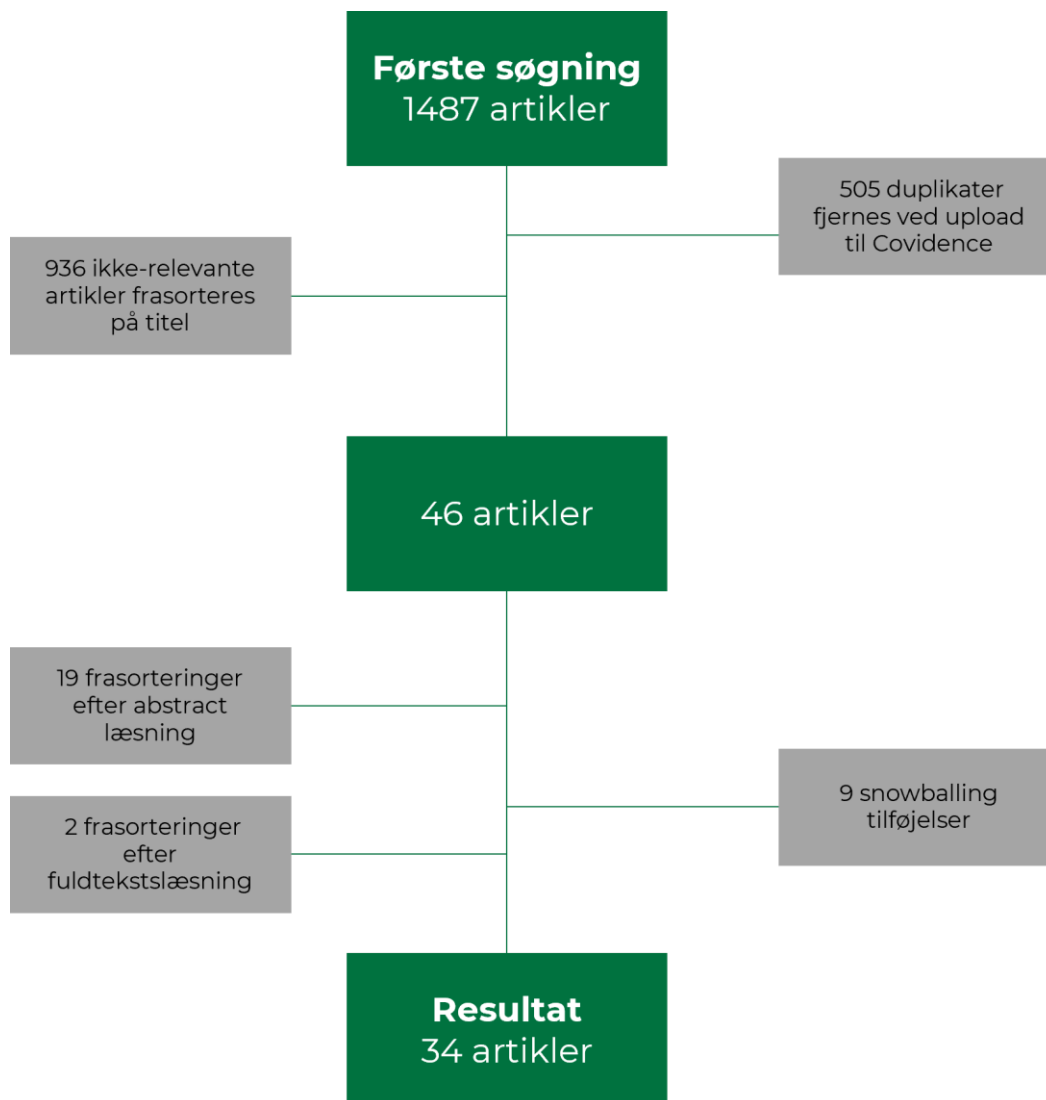
Tørmoen, Anita Johanna, Ingeborg Lunde, Ellen Hoxmark, Rita Småvik, David Galea, Andrew Sak, Lars Mehlum, Erlend Mork og Frederik Walby (2017). *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging - Nasjonale faglige råd*. Oslo: Helsedirektoratet

Westling, Sofie, Sophie Liljedahl, Mattias Holmqvist Larsson, Hannah Parnén, Maria Zetterqvist og David Ershammar (2016). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin. Nationella Självskadeprojektet*.

10 Bilag

10.1 Bilag 1

PRISMA-chart over udvælgelsesproces af artikler



10.2 Bilag 2

Tabel 1: Oversigt over søgestrengens dimensioner koblet til konkrete søgeord

Tema	Facetter	Emne ord	Søgestreng
Målgruppe (selvskadende voksne)	Voksne personer, der har selvskadende adfærd uden intention om at dø	Non-suicidal self-injury Non-suicidal self injury Nonsuicidal self-injury NSSI Self-injurious behavior	("non-suicidal self-injury" OR "non-suicidal self injury" OR "nonsuicidal self-injury" OR "NSSI" OR "self-injurious behavior") AND
Alvorsgraden af selvskade	Her skal vi indfange alvorsgraden af selvskaden for at sortere lettere selvskade fra	Severe Extreme High-risk Recurrent Intense Serious Acute Critical	("severe" OR "extreme" OR "high-risk" OR "recurrent" OR "intense" OR "serious" OR "acute" OR "critical") AND
Alder	Kun voksne, dvs. over 18 år	Adult Young adult Grown-up	("adult*" OR "young adult*" OR "grown-up*") AND
Intervention/tilgang/metoder	Vi er interesserede i konkrete virkningsfulde tilgange til svært selvskadende borgere eller metoder, som man kan drage erfaringer fra	Intervention Method Treatment Therapy Therapeutic Approach Strategy Practice Harm reduction Risk minimizing Damage control Injury prevention	("intervention*" OR "method*" OR "treatment*" OR "therapy" OR "therapeutic" OR "approach*" OR "strategy" OR "practice" OR "harm reduction" OR "risk minimization" OR "damage control" OR "injury prevention") AND
Eksklusion af hyppigt forekommende diagnoser	Såsom autisme, bipolar lidelse, udviklingshæmning	Autism Developmental disability Borderline Eating disorder Bipolar	NOT ("autism" OR "developmental disability*" OR "eating disorder")

10.3 Bilag 3

Oversigt over databaser og tilhørende søgestreng

10.3.1 Scopus

Resultat: 760 artikler

TITLE-ABS-KEY (("non-suicidal self-injury" OR "non-suicidal self injury" OR "nonsuicidal self-injury" OR "NSSI" OR "self-injurious behavior") AND ("severe" OR "extreme" OR "high-risk" OR "recurrent" OR "intense" OR "serious" OR "acute" OR "critical") AND ("adult*" OR "young adult*" OR "grown-up*") AND ("intervention*" OR "method*" OR "treatment*" OR "therapy" OR "therapeutic" OR "approach*" OR "strategy" OR "practice" OR "harm reduction" OR "risk minimization" OR "damage control" OR "injury prevention")) AND PUBYEAR > 2013 AND NOT ("autism" OR "developmental disabilit*" OR "eating disorder") AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English")

10.3.2 PsycInfo

Resultat: 314 artikler (OBS: her er tidsperioden indstillet manuelt)

(("non-suicidal self-injury" OR "non-suicidal self injury" OR "nonsuicidal self-injury" OR "NSSI" OR "self-injurious behavior") AND ("severe" OR "extreme" OR "high-risk" OR "recurrent" OR "intense" OR "serious" OR "acute" OR "critical") AND ("adult" OR "young adult" OR "grown-up") AND ("intervention*" OR "method*" OR "treatment*" OR "therapy" OR "therapeutic" OR "approach*" OR "strategy" OR "practice" OR "harm reduction" OR "risk minimization" OR "damage control" OR "injury prevention") AND NOT ("autism" OR ("developmental disabilities" OR "developmental disability") OR "eating disorder"))

10.3.3 PubMed

Resultat: 413 artikler (OBS: her er tidsperioden indstillet manuelt)

((("non-suicidal self-injury" OR "non-suicidal self injury" OR "nonsuicidal self-injury" OR "NSSI" OR "self-injurious behavior") AND ("severe" OR "extreme" OR "high-risk" OR "recurrent" OR "intense" OR "serious" OR "acute" OR "critical") AND ("adult" OR "young adult" OR "grown-up") AND ("intervention" OR "method" OR "treatment" OR "therapy" OR "therapeutic" OR "approach" OR "strategy" OR "practice" OR "harm reduction" OR "risk minimization" OR "damage control" OR "injury prevention")) AND (English[Language])) NOT (("developmental disabilities" OR "developmental disability") OR "autism" OR "eating disorder")

Samlet resultat: 1487 artikler

Samlet resultat efter frasortering af duplikater: 982 artikler (505 duplikater fjernet)