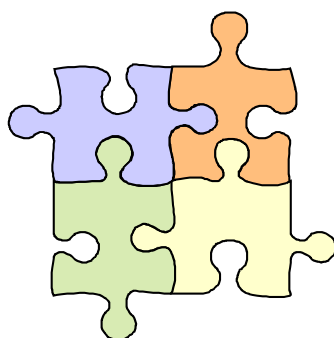


DBT- programmet inom Psykiatricentrum

Uppsala 2003 - 2004

En slutrapport

Anna Kåver
Leg. psykolog/leg. psykoterapeut
Handledare
Programansvarig



Innehåll

1. Bakgrund	sid. 2
2. DBT-projektet i Uppsala – syfte och organisation	sid. 3
3. Utbildning och handledning för deltagarna	sid. 4
4. Utåtriktad verksamhet.	sid. 5
5. Patienturval i programmet	sid. 6
6. Forskning och utvärdering	sid. 6
7. Hur tänker vi framåt?	sid. 8
8. Förslag till fortsatt DBT-verksamhet	sid. 9

DBT-programmet inom Psykiatricentrum, Uppsala.

En slutrapport

1. Bakgrund

Borderline personlighetsstörning (BPD) är ett allvarligt psykiatriskt tillstånd som utmärks av:

- Identitetsproblem och instabila relationer
- Bristande impuls kontroll
- Självdestruktiva och suicidala handlingar
- Känslomässig labilitet och tomhets känslor
- Periodisk ångest och / eller nedstämdhet (APA 1994).

Borderline personlighetsstörning, BPS, ibland även nämnd som Emotionellt Instabil personlighetsstörning, IPS, drabbar främst unga kvinnor (Widiger & Weissman 1991). De har en dålig självbild, är impulsiva och känslomässigt instabila. De blir ofta missförstådda och uppfattas som besvärliga och manipulativa av sin omgivning. Upprepade allvarliga självmordsförsök och annat självskadebeteende är karaktäristiskt för gruppen (APA 1994). Gruppen har en påfallande hög självmordsdödlighet. Bland amerikanska patienter som erhållit sjukhusvård för tillståndet dog ca. 10 % till följd av självmord (Stone 1993). I en studie av ungdomar och unga vuxna som tagit sina liv fann man att en tredjedel sannolikt hade en borderlinediagnos (Runeson & Beskow 1991). Tillståndet är tämligen vanligt, i en svensk studie fann man att ca 30 % av patienter inom psykiatrisk öppenvård uppfyller diagnostiska kriterier (Bodlund et al 1993). En nyligen genomförd inventering vid psykiatriska kliniken, Karolinska sjukhuset, visade att ca. 40 % av patienterna hade en personlighetsstörning, merparten av BPS-typ, (Åsberg m fl 2001).

Psykiatrin har generellt sett haft mycket svårt att bemöta denna patientgrupp, då man dels saknar bevisat effektiva behandlingsmetoder och dels i det att den vårdmiljö som passar det stora flertalet patientgrupper ofta framstår som antiterapeutisk för denna grupp. De kommer ofta i konflikt med behandlande vårdpersonal och avbryter sina behandlingar (Kelly et al 1991). Vården blir påfallande ineffektiv med bristande kontinuitet, många jourbesök och till intet ledande slutenvårdsperioder. Som en effekt av psykiatrireformen kan vi också se att den psykiatriska öppenvården tvingas att ta hand om allt svårare patienter och utvecklingen för framtiden pekar inte på någon förändring i detta avseende. Behovet av kunskap om bemötande och behandling för dessa patienter i öppenvård är därför akut.

Patienter med BPS och självskadande beteenden har ett stort vårdbehov och kräver speciella insatser inom såväl barn- och ungdomspsykiatrin som i vuxenpsykiatrin och insatserna krävs i alla former från slutenvård, akutmottagningar, intensivvårdsavdelningar till de mer öppna mottagningsformerna. DBT har visat sig kunna hjälpa patienterna ur självdestruktivitet, förkorta vårdtider, förhindra slutenvård och förebygga ett kroniskt sjukdomsförlopp (Linehan et al 1991, Koerner & Linehan 2000, Hawton et al 2000, Perseus et al 2003). I svenska undersökningar finns nu även preliminära data som pekar på att DBT kan ge god effekt både vad gäller patienternas möjlighet till ett friskt och meningsfullt liv och vad gäller samhällets kostnader för deras vård. I två hälsoekonomiska studier (Perseus et al 2003) gjorda inom ramen för SKIP, Stockholms Läns Landstings och Karolinska institutets Psykoterapiprojekt

och DBT-programmet i Lunds Landsting , rapporterades bl a sänkningar i frekvensen självskadador, antalet dagar på sjukhus, antal besök på intesivvårdsavdelning.

Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en kombinerad individual- och gruppterapi som bygger på kognitiv beteendeterapi. Den är ffa inriktad på att lära patienterna att identifiera, stå ut med och hantera sina känslövängningar och impulser och på så sätt minimera sitt självskadabeteende. Centralt är också ett fokuserat arbete med att förmå patienterna vara kvar i själva terapin och att ge färdigheter att hantera konfliktfyllda interpersonella relationer. DBT är, som de flesta moderna psykoterapier, en principstyrd behandling men arbetet bedrivs även delvis i en manualiserad form som tydligt definierar vad som skall ingå i behandlingen. I likhet med annan kognitiv beteendeterapi arbetar man även mellan terapisessionerna genom att patienterna får ”hemuppgifter” (Linehan 1993). I DBT har dessutom terapeuten en utökad tillgänglighet än normalt för patienten mellan terapimötena.

2. DBT-projektet i Uppsala – syfte och organisation

Inom Psykiatricentrum vid Akademiska sjukhuset i Uppsala har under två år bedrivits ett projekt för utbildning i dialektisk beteendeterapi, DBT, som behandlingsmetod för självskadande patienter med IPS.

Projektet syftar till att utveckla DBT som en *klinikövergripande* behandlingsmetod för patienter med BPS. DBT- verksamheten har i ett första steg genomförts i projektform under tiden 1 januari 2003 till 31 december 2004. Därefter förväntas implementeringen av DBT fortsätta ute i den psykiatriska vardagen, inom ramen för redan befintlig organisation och verksamhet inom Psykiatricentrum i Uppsala.

Ledningsteamet

Ett DBT-ledningsteam har haft den planerande och ledande funktionen för projektet och dess utbildningsprogram. Teamet har inte varit ett behandlingsteam i traditionell bemärkelse och därmed inte bedrivit klinisk verksamhet. Det har alltså inte gått att remittera patienter till DBT-teamet. Av administrativa skäl har ledningsteamet varit placerat på BUP, medan utbildningen och verksamheten i programmet bedrivits inom de tre klinikerna; allmänpsykiatriska kliniken, psykos-rehab. klinken och BUP.

Ledningsteamet har bestått av följande personer och funktioner:

Teamchef – **Staffan Lundqvist**, bitr. klinikchef, BUP.

Programansvarig – **Anna Kåver**, leg. psykolog/leg. psykoterapeut, handledare.

Programmedarbetare – **Karin Ovefelt**, leg. psykolog/leg. psykoterapeut.

Teamläkare - **Kerstin Cederberg-Byström** BUP.

Teamsekreterare – **Zarina Zetterdahl** , BUP

Teamservice – **Anders Berggren**, BUP.

Interna och externa resurspersoner

Mentor och utländsk handledare – **professor Alan Fruzzetti**, University of Nevada, Reno, USA

Extern handledare – **Anita Olsson**, Institutet för Kognitiv Beteendeterapi, Uppsala

Extern handledare – **Ingrid Oremark**, Institutet för Kognitiv Beteendeterapi, Uppsala

Extern handledare – **Peter Csatlos**, psyk. kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Hälsoekonomisk utvärdering – **Kent-Inge Perseius**, doktorand, Karolinska Institutet, Stockholm.

Färdighetsträningshandledare – **Britt-Marie Hallbäcken**, POM, Psykiatricentrum, Uppsala

Färdighetsträningshandledare – **Eva Friberg**, POM, Psykiatricentrum, Uppsala

Behandlingsteam

Sex behandlingsteam bestående av sammanlagt 19 terapeuter från Allmänpsykiatriska-, Barnpsykiatriska-, Psykos- och rehabklinikerna har deltagit i programmet. Teamen arbetar i öppenvården och är integrerade, vilket innebär att varje team är sammansatt av behandlare från de olika klinikerna. Teamen är också spridda över upptagningsområdet med ett team i Tierp, ett i Enköping och fyra team i Uppsala. En målsättning är således att försöka bryta de traditionella gränserna dels mellan barn- och vuxenpsykiatri, dels mellan de olika klinikerna. Denna integrering är hittills ovanlig inom svensk psykiatri och projektet kan i det avseendet därför beskrivas som något av en pionjärverksamhet. Utbildningspatienter har i huvudsak rekryterats från deltagarnas egna mottagningar och inga remisser har kunnat tas emot under utbildningstiden.

3. Vad har gjorts? – utbildning och handledning för deltagarna

Ledningsteamet har genomfört och drivit utbildnings- och utvecklingsprogrammet.

Varje deltagare har erhållit:

1. 110 timmar teori
2. 51 timmar seminarium / terapeutiska verkstad
3. 153 timmar teamhandledning i grupp
4. 3 terminer kliniskt arbete. Behandling av minst en BPD-patient samt färdighetsträning i grupp.

Information och antagning till programmet

En inbjudan till muntlig information om DBT-programmet gick ut över landstingets e-postlista i januari 2003. Därefter besökte Staffan Lundqvist, Anna Kåver och Karin Ovefelt samtliga öppenvårdsmottagningar i länet för att diskutera vårdssituationen för patienter med IPS och behovet av utbildning i DBT. Intresserade fick sedan ansöka till utbildningen och ansökan kunde endast ske i team om minst 2 personer. Detta därför att DBT i grunden är en teambehandling. Teamanslutning ökade också möjligheten till kontinuerligt och mer varaktigt stöd i det fortsatta arbetet för terapeuterna även på lite längre sikt och efter projektets avslutande.

Prioritetsfaktorer (här ej i rangordning) som gällt för antagning till utbildningen var:

- erfarenhet av behandling av patienter med BPS
- motivation att arbeta med patientgruppen
- steg II i KBT eller övrig terapeututbildning
- steg I i KBT eller övrig terapeuteutbildning
- orienteringsutbildning i KBT
- arbetsgivarens godkännande att genomgå utbildningen
- möjlighet att arbeta med patienter i DBT i sitt ordinarie arbete.

En målsättning var att ha minst en person med minst steg I - psykoterapiutbildning i varje team.

DBT-utbildningen – översikt

Utbildningen har omfattat fyra terminer från och med våren 2003 till och med höste 2004.

Termin 1 – teori och metod

Under 7 heldagar har kunskaper förmedlats om patientgruppen och dess diagnostik, emotionsteori, dialektik, validering, de teoretiska hörnpelarna i DBT, behandlingsramar, tekniker, strategier, färdighetsträning och DBT-teamets funktion och arbetssätt.

Föreläsningarna har varvats med videodemonstrationer av handledarnas egna pågående behandlingar med självskadande patienter med BPS (givetvis med tillåtelse från patienterna). Som avslutning den 20/5-03 gav Alan Fruzzetti och Anna Kåver tillsammans en heldags workshop om DBT som metod, dess internationella spridning och användning samt hur DBT används i Sverige. Denna workshop var öppen för alla anställda inom Psykiatricentrum och några berörda deltagare från Uppsala kommun inbjöds också. Cirka 120 personer deltog.

Termin 2, 3 och 4 – teori och kliniskt arbete

I augusti 2003 påbörjas det kliniska arbetet för deltagarna. Terapeuterna har under tre terminer behandlat minst en patient under handledning samt bedrivit färdighetsträning i grupp, även detta med handledning. Varje team har fått handledning 3 timmar per vecka. Teoretiska seminarier har löpt parallellt med det kliniska arbetet. En halvdag per månad har skett ”terapeutiska verkstäder” genomförts. Dessa har syftat till en fördjupning av både teoretiska och praktiska kunskaper i DBT, med övningar och diskussioner kring olika terapeutiska interventioner, falldragningar och videodemonstrationer. Här har deltagarna varit mycket aktiva.

4. Vad har gjorts? – utåtriktad verksamhet.

1. Patienter med BPS i akut omhändertagande. 15 timmar

Orientering och förhållningssätt i DBT för läkare i Psykiatricentrum och anställda i mobila teamet och på akutmottagningen.

Denna kortare utbildning ges inom ramen för DBT-projektet under hösten -03. Vid fem tillfällen à tre timmar har deltagarna fått en orientering i DBT som metod, biosocial teori om uppkomst och vidmakthållande av BPS-problematik, acceptans- och valideringsstrategier, krisstrategier, medicinering för patienter med BPS samt DBT-strategier för att strukturera teamet runt patienter med BPS. Seminarieriet var mycket välbesökt

2. Samarbetsseminarier Mobilt team och jourmottagning. 6 timmar

Två halvdagsseminarier anordnades i januari 2004 med syftet att diskutera konkret samarbete mellan DBT –teamen och ovanstående enheter. Samtliga deltagare i programmet och de flesta anställda på enheterna deltog. Seminarierna utmynnade i ett konkret förslag till riktlinjer för samarbetet.

3. Orienterande heldagsföreläsning till samtliga läkare inom Psykiatricentrum. 6 timmar

Som ett led i att informera om DBT som behandlingsmetod samt om DBT-programmet anordnades en heldagsföreläsning för samtliga läkare inom Psykiatricentrum den 25/5 2004. Anna Kåver föreläste.

4. Workshops öppna för samtliga inom Psykiatricentrum. 24 timmar

Under programtiden har 4 st heldagsföreläsningar anordnats som även varit öppna för hela Psykiatricentrum och i ett fall även för kommunens anställda inom skolan. Följande föreläsare har givit workshops:

1. Professor Alan Fruzzetti, University och Nevada, Reno, USA
2. Professor Charlie Swenson, Ass. Clinical professor of psychiatry, University of

Massachusetts Medical School in Worcester, USA

3. Leg. psykolog/leg. psykoterapeut Anna Kåver, Psykiatricentrum. Akademiska sjukhuset, Uppsala

5. Vad har gjorts? – patienturval i programmet

Behandlarna har tagit sig an minst en patient som utbildningspatient. Vi har rekommenderat dem att i varje fall inte ta fler än två patienter för att minska belastningen under utbildningen.

Inklusions-/prioriteringskriterier för patienter i utbildningsprogrammet

1. Kvinna
2. Ålder 15-25 prioriteras. Även äldre kvinnor än 25 år har således inkluderats.
3. Kvinnor som är fysiskt självskadande prioriteras.

För kvinnor över 18 år: Allmänna kriterier för personlighetsstörning enligt DSM-IV plus borderline personlighetsstörning enligt DSM-IV, 5 av 9 kriterier. Bedömning enligt SCID-II intervju.

För kvinnor under 18 år: Fem av nio kriterier enligt borderlinediagnos för vuxna enligt DSM-IV uppfyllda. Ej bedömning vad gäller allmänna kriterier för personlighetsstörning (d v s ingen BPD diagnos fastställs). Bedömning enligt SCID-II intervju, borderlinedelen.

Exklusionskriterier för utbildningspatienter

1. Psykotisk störning
2. Allvarlig anorexi som betingar sjukhusvård
3. Allvarligt alkohol- eller drogmissbruk
- 4.

Diagnostiska instrument som har använts för urval:

1. SCL-90 – allmän symtomskala. Självskattning
2. GAF
3. SCID II – intervju.
4. Axel II enligt DSM-IV. Personlighetsstörningar. Självskattning
5. Sedvanlig diagnostik och bedömning av problem på Axel I enligt DSM-IV

6. Vad har gjorts? – forskning och utvärdering

DBT-projektet är i första hand ett kliniskt utvecklingsprojekt. Vi tycker dock att det är angeläget att utvärdera verksamheten på olika nivåer och på ett i förväg definierat och operationaliserat sätt. Detta för att kunna veta på vilket sätt DBT-insatserna givit effekt, först och främst mänskligt och upplevelsemässigt för både patienter och terapeuter, men även vad gäller omkostnader ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Vi har därför valt ut ett litet antal diagnostiska- och utvärderingsinstrument som ska användas för de träningspatienter som fått behandling under programmets gång. Förhoppningsvis kan dessa instrument sedan bli en rutininsats i ett fortsatt långsiktigt vårdarbete med patientgruppen. En liten utbildning i SCID-II diagnostik (SCID-II Intervju) enligt DSM-IV har därför givits under hösten inom ramen för projektet.

Forskningsrelaterade frågeställningar

1. Hur ter sig den psykiska hälsan för patienter efter 12 månader i DBT ?
2. Hur ter sig de samhällskostnader patienterna genererar upp till 12 månader i DBT jämfört med samma period innan DBT? Kan kostnader förenade med implementeringen tas igen,

och i så fall i vilken takt?

2. Hur upplever personalen att arbeta med DBT? Med speciell inriktning mot arbetsrelaterad stress och utmattning?

Forskningssamverkan med Psykologiska institutionen i Uppsala samt Karolinska institutet i Stockholm.

För att garantera så hög vetenskaplig standard som möjligt i utvärderingen av projektet, sker en samverkan med forskare från universitetsinstitutionerna som nämns ovan.

Följande externa personer har involverats:

1. Erik Hjalmarsson, student Institutionen för Psykologi i Uppsala universitet
2. Ata Gadheri, universitetslektor, handledare, Institutionen för Psykologi, Uppsala universitet
3. Kent-Inge Perseus, leg. sjuksköterska, doktorand, Karolinska institutet, Stockholm
4. Susanne Ekdal, leg.sjuksköterska och doktorand, Karolinska institutet, Stockholm.

Erik Hjalmarsson arbetar med sammanställningen av data i projektet under handledning av Ata Gadheri och Anna Kåver. Arbetet ska utmynna i en psykologexamensuppsats och kommer förhoppningsvis under våren att bifogas som ett tillägg till denna slutrapport.

Kent-Inge Perseus och Susanne Ekdal från landstinget i Kalmar, ansvarar för den hälsoekonomiska utvärderingen i samarbete med Anna Kåver och Karin Ovefelt. Detsamma gäller även för utvärderingen av terapeuternas upplevelse av DBT-arbetet och av generella utbrändhetsfaktorer.

Arbetet med sammanställning av data pågår nu och djupintervjuer med deltagande terapeuter i programmet beräknas genomföras under januari 2005.

De sammanlagda utvärderingsinsatserna kommer så småningom även att utmynna i några publicerade artiklar i vetenskapliga tidskrifter.

Följande **effektskalor och mått** har använts för att kunna bedöma resultatet av behandlingarna:

1. KABOSS-S (Karolinska Affektiva- och borderline symtomskalor, självskattning).
2. BPD – TOA scale (Brief BPD Treatment Outcome Assessment, svensk övers.).
3. Dialektisk Beteendeterapi. Utvärdering efter behandlingen (Alec Miller et al).
4. GAF-skalan
5. Antal självskador
6. Antal suicidförsök
7. Antal dagar på sjukhus
8. Antal sjukbesök på ÖVM och akutmottagning
9. Närvaro i terapin (antal frånvarotillfällen och/eller bortfall)
10. Sysselsättning (sjukskrivning, studier etc)

Data under punkterna 4 t o m 9 erhålls dels genom veckokort vilka patienterna fyller i varje vecka, dels från journaler.

Utvärdering av utbrändhet hos terapeuter i utbildningsprogrammet

DBT är en metod som har vuxit fram ur ett behov att finna effektiv hjälp både för patienten och för terapeuten som ska hjälpa honom/henne. Om inte terapeuten får effektivt stöd får inte patienten det heller. Vi vet att behandling av patienter som är desperata, som skadar sig själv, hotar att ta livet av sig, avbryter behandlingen eller på annat sätt utmanar vår förmåga att hjälpa, är en svår utmaning. För att om möjligt se hur DBT kan påverka uttröttningsgraden hos terapeuter som i sitt vardagliga arbete möter dessa patienter, har vi valt ut två internationellt använda utbrändhetsskalor som de 26 terapeuterna ombetts besvara. Detta sker naturligtvis frivilligt och anonymt. Självskattningarna kompletteras med intervjuer för att i

största möjliga mån utesluta missledande artefakter som influerat motivationsgrad och uttröttningsgrad i terapeuternas arbetssituation.

Följande **utbrändhetsskalor** ska användas

1. Oldenburg Burnout Inventory, OLBI.
2. Maslach Burnout Inventory, MBI
3. Kompletterande djupintervjuer i grupp med deltagande terapeuter.

7. Hur tänker vi framåt?

Under hösten 2004 har diskussionerna i programmet riktats in på hur DBT-verksamheten ska kunna fortleva och vidareutvecklas inom Psykiatricentrum. DBT som behandlingsmetod är under snabb utveckling både i Sverige och internationellt. DBT betraktas numera som en metod att hjälpa även andra patientgrupper med liknande komplicerad instabilitetsproblematik som exempelvis svår hetsättningsstörning och bulimi, aggressionsproblematik hos män som misshandlar, posttraumatiska störningar, ungdomar med asocialitet, patienter med missbruk. Patienter med instabil personlighetsstörning (borderline) är bl a svåra att hjälpa eftersom de, samtidigt med sin Axel – II störning, ofta uppvisar en provkarta på samtliga problem och symtom inom alla de traditionella Axel- I diagnoserna. De har således också en ångeststörning med diagnoser som social fobi, tvångssyndrom, panikångest med eller utan agorafobi, specifika fobier och posttraumatisk stressstörning. Samtliga, nästan utan undantag, har även en varierande grad av depressivitet.

Inom Allmänpsykiatriska kliniken pågår nu en omorganisation så att en uppdelning sker i olika sektioner, delvis baserad på diagnoser och delvis på patientålder. En sektion ska specialiseras på ångest en annan på de affektiva störningar och en tredje på gruppen unga vuxna och en fjärde på de akuta kristillstånden. Som jag ser det kan borderlinediagnosen på många sätt beskrivas som en samling komplicerade Axel – I problem med ofta förekommande akuta kriser, missbruk, ätstörningar, panikångest, tvångssyndrom, social fobi, posttraumatisk stressstörning och allt förekommer i varierande åldrar från barn till vuxna. *Man kan således på goda grunder anta att dessa patienter kommer att återfinnas inom all de olika nyinrättade sektionerna inom kliniken. Därför är det angeläget att DBT i fortsättningen kommer att kunna erbjudas på samtliga kliniker och inom samtliga sektioner inom Psykiatricentrum. Om ett DBT-centrum med DBT-behandlare finns, skulle detta kunna ge en avlastning som kommer varje enskild sektion till godo, vare sig det är inom allmänpsykiatriska kliniken, psykos-rehabiliteringskliniken, beroendeenheten eller barn- och ungdomskliniken. Att ha en anställd eller ett team som under en del av sin arbetstid arbetar med DBT är därför att betrakta som en tillgång och en avlastning för den egna verksamheten och arbetsplatsen.*

Under en utvärderings- och planeringsdag med samtliga deltagare i programmet och under ledning av Anders Edling, nätverkskonsult inom BUP, diskuterades fram olika minimikrav för en fortsatt effektiv DBT-verksamhet inom Psykiatricentrum. En stor satsning i både tid och pengar är en mycket god investering för våra patienter med stort lidande och ger med stor sannolikhet även utkastning i form av framtida kostnadsbesparingar. Tidiga och intensiva insatser för fram för allt de unga patienterna, ger värdighet för både patienter och vårdgivare. Detta behöver vi ha i tankarna när vi bedömer de resurser som krävs för att driva DBT i full skala. En högintensiv och ”dyr” insats kan således visa sig vara den mest ekonomiska på sikt för alla parter. Att förhindra att de unga patienterna ”cementerar” sina problem och vandrar in

i fortsatt vuxenpsykiatri och att hjälpa de vuxna med denna problematik till effektiv hjälp att ta sig ur sina problem torde vara ett mål så gott som något

8. Förslag till framtida DBT-verksamhet

1. DBT inom Psykiatricentrum är en teambehandling och skall drivas i full skala vilket innebär följande
 - individualterapi – 1 timme /ve och patient
 - färdighetsträning i grupp – 3 timmar/ve
 - teamkonsultationer – 3 timmar/ve
 - kvalitetssäkring i form av seminarie- och föreläsningsverksamhet – 3 timmar/månad
 - förberedelser och registrering – 3 timmar/ve

Orsaken till att fullskalig DBT är nödvändig baserar sig på forskning som pekar på att DBT i den formen är mest effektiv. Att välja ut vissa delar av behandlingspaketet som en besparande åtgärd ger inte samma resultat enligt undersökningarna.

2. Varje DBT-behandlare behöver kunna avsätta två dagar/ve för att kunna bedriva verksamheten i full skala enligt ovan. Terapeuterna bör inte ta sig an fler än 2-3 patienter i **akut suicidalt och självskadande skede** samtidigt.
3. DBT är en teambehandling. Varje patient är teamets patient och teamet har gemensamt ansvar för behandlingen. Teamet stöttar och hjälper den enskilde behandlaren att bedriva DBT i full skala och på ett effektivt sätt
4. Remissförfarande. Varje DBT-team tar emot och beslutar om inkommande remisser gemensamt. Den enskilda DBT-behandlaren kan alltså inte ensam fatta beslut om teamet kan ta sig an en ny patient. Bedömning måste göras om det finns plats för patienten i färdighetsträningsgrupp och om någon behandlare har möjlighet att ta sig an en ny patient med hänsyn till punkt 2 ovan.
4. Patienter med i första hand diagnosen borderline och som är självskadande tas emot. I framtiden kan det ske en utvidgning av antalet patientgrupper som kan behandlas (se inklusions- och prioriteringskriterierna i DBT-programmet). För patienter under 18 år ställs inte personlighetsstörningsdiagnos utan bedömningen görs utifrån identifiering av diagnosens enskilda kriterier och dess förekomst i patientens problematik. Det bör här betonas att man även tar emot patienter äldre än 25 år. DBT är således en behandling som erbjuds till både vuxna och barn under 18 år. En fortsatt utveckling med t e x utbildning för föräldragrupper till unga kvinnor med instabil personlighetsstörning är redan i gång. I ett ytterligare steg kan DBT utvecklas mer intensivt för t e x patienter med ätstörningar och med olika former av aggressionsproblematik
5. Patient som tas emot för DBT har fortfarande kvar sin behandlande läkare, PAL, på den mottagning varifrån han/hon remitteras. PAL - skapet kvarstannar alltså på remitterande mottagning även om behandlaren har sin bas på annat ställe.

6. En DBT - vårdkedja bör upprättas på ett ännu tydligare sätt så att samarbetet underlättas mellan DBT - programmet, jourmottagningar och mobila teamet. Kontaktpersoner som är intresserade av samarbete bör utses på akutenheterna. Dessa personer kan sedan erbjudas att delta i vissa av DBT – verksamhetens utbildningsinslag.
7. DBT-verksamheten behöver ha en hemvist. Den splittring i gruppen som det ger att befinna sig på många olika platser med varierande grad av utrustning och resurser (videokameror och TV/videouppspelare, grupprum, arbetsmaterial etc) kan försvåra avsevärt för behandlarna. De behöver känna tillhörighet till ett större team och att få stötteamets stöd för att inte tappa motivation och ork för att fortsätta med behandling av komplicerade patienter. Vårt förslag är därför att en bas inrättas med ett team på exempelvis sektionen för unga-vuxna, Spången, vilken är centralt placerad på S:t Olofsgatan. Denna sektion kan komma att utgöra en brygga mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri och lämpar sig därför väl för DBT med sin prioritering för just de unga vuxna. I övrigt kommer ett större team med huvudsaklig placering på dagenheten Banér inom BUP att finnas, liksom ett team i Tierp och ett i Enköping.
8. DBT-ledningsteamet kommer att fortsätta arbeta med DBT-utveckling inom Psykiatricentrum.
 - Staffan Lundqvist, teamchef
 - Anna Kåver, handledare och utbildnings- och utvecklingsansvarig. 50 % anställd (10 % tjänstledig)
 - Kerstin Cederberg-Byström, teamläkare, 25 %
 - Karin Ovefelt, handledare och projektanställd 3 tim/ve.
 - Peter Csatlos, handledare, 1,5 tim/ve
9. En förutsättning för att DBT som metod ska kunna finnas kvar och vidareutvecklas inom Psykiatricentrum i Uppsala, är en mycket tydlig förankring av DBT-satsningen inom organisationen och ner i enskilda verksamheter. Tydliga förutsättningar och stöd för varje enskild DBT-behandlare måste således skapas för att bibehålla deras ambitions- och motivationsnivå i arbetet med erkänt svårbehandlade patienter.

Vår förhoppning är att DBT även i framtiden ska kunna erbjudas patienter med komplicerad problematik inom psykiatri i Uppsala. Vi hoppas inte bara att få bibehålla det vi nu uppnått i programmet, utan även att få utveckla och fördjupa metoden till att gälla andra patientgrupper för vilka DBT utprovats. En satsning av ovanstående karaktär kan hjälpa till att uppnå detta mål.

Anna Kåver
Programansvarig.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994) Mini-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM IV, Pilgrim Press.
- Bodlund O, Ekselius L, and Lindström E (1993) Personality traits and disorders among psychiatric outpatients and normal subjects on the basis of SCID screen questionnaire. *Nordic Journal of Psychiatry*, 47, 425 - 433.
- Hawton K, Townsend E, Gunnell D, Hazell P, House A & van Heeringen K. (2000) Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Kelly T, Soloff PH, Cornelius J & George A. (1992) Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 417-433.
- Koerner K, & Linehan MM (2000) Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 151-167.
- Kåver, A & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk Beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Teori, strategi och teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Linehan M M, Armstrong H E, Suarez A, Allmon D & Heard H L (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically, parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M (1993) *Cognitive - Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford Press.
- Perseus KI, Öjehagen A, Ekdahl S, Åsberg M & Samuelsson M. Treatment of Suicidal and Deliberate Self-Harming patients with Borderline Personality Disorder using Dialectical Behavioral Therapy; the patients' and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, Accepted 2003.
- Runeson B & Beskow J (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 153-156.
- Stone M H (1993). Long term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 299-313.
- Widiger, T.A. and M.M. Weissman, Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991. 42(10): p. 1015-1021.
- Åsberg M, Andersson E, Samuelsson M, Wiklander M (2001) Inventering i samaband med vårdprogram för patienter med personlighetsstörning. Psykiatricentrum, Karolinska sjukhuset.