

2016



Effekter av sekundærforebyggende tiltak mot villet egenskade

Systematisk oversikt

Utgitt av	Folkehelseinstituttet, avdeling for kunnskapsoppsummering
Tittel	Effekter av sekundærforebyggende tiltak mot villet egenskade
English title	Effects of secondary preventive interventions against self-harm
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Geir Smedslund, prosjektleder, <i>Seniorforsker, Kunnskapscenteret</i> Therese Kristine Dalsbø, prosjektmedarbeider, <i>Seniorrådgiver, Kunnskapscenteret</i> Liv Merete Reinar, <i>Seksjonsleder, Kunnskapscenteret</i>
ISBN	978-82-8082-748-7
Prosjektnummer	1051
Publikasjonstype	Systematisk oversikt (Oversikt over oversikter)
Antall sider	42 (64 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet, avdeling psykisk helse og rus
Emneord(MeSH)	Self-injurious behavior, suicide, parasuicide, self-mutilation, child, adult, youth
Sitering	Smedslund G, Dalsbø TK, Reinar LM. Effekter av sekundærforebyggende tiltak mot villet egenskade. [Effects of secondary preventive interventions against self-harm] Rapport –2016. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
Forsidebilde	Colourbox.com

Innhold

INNHold	2
HOVEDBUdSKAP	4
SAMMENDRAG	5
Innledning	5
Metode	5
Resultat	6
Diskusjon	7
Konklusjon	7
KEY MESSAGES	8
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	9
Background	9
Objective	9
Method	9
Results	10
Discussion	11
Conclusion	11
FORORD	12
INNLEDNING	13
Problemstilling	15
METODE	16
Inklusjonskriterier	16
Litteratursøking	17
Artikkelutvelging	17
Vurdering av inkluderte oversikter	17
Vurdering av risiko for systematiske feil i enkeltstudier	17
Dataekstraksjon	17
Analyser	18
Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen	18
RESULTATER	20
Resultater av litteratursøket	20

Inkluderte systematiske oversikter	21
Ekkluderte oversikter	22
Metodisk kvalitet i inkluderte systematiske oversikter	22
Effekter av tiltak	23
Overlapp mellom oversikter	23
Tiltak ikke begrenset til setting	23
Tiltak på akuttmottak	27
Tiltak i skolen	30
Tiltak for barn og ungdom generelt	31
Subgruppeanalyser	37
DISKUSJON	38
Hovedfunn	38
Troverdigheten av forskningsresultatene	38
Styrker og svakheter ved oversikter over oversikter	38
Mulige skjevheter/ begrensninger i oppsummeringsprosessen	39
Behov for videre forskning	39
KONKLUSJON	41
REFERANSER	42
VEDLEGG	43
Vedlegg 1. Ordliste	43
Vedlegg 2. Søkestrategi	46
Vedlegg 3. Ekkluderte oversikter	50
Vedlegg 4. Forest plots	54

Hovedbudskap

Det anslås at én av ti unge i Norge har skadet seg selv, og mange av disse forsøker å ta livet av seg, men tallene er usikre. Det er viktig å ha gode tiltak i helsetjenesten for å forhindre gjentakelse av selvskading eller selvmordsforsøk. Det er forsket på en rekke tiltak, og vi har undersøkt om folk skader seg sjeldnere og har færre selvmordsforsøk når de har fått ett av disse tiltakene. Vi har også sett på om tiltakene kan redusere psykiatriske symptomer.

Vi fant:

- aktiv kontakt og oppfølging i akuttmottak reduserer trolig antall nye selvmordsforsøk
- problemløsningsterapi reduserer muligens ny villet egenskade og psykiatriske symptomer
- psykodynamisk interpersonlig terapi reduserer muligens psykiatriske symptomer
- intensiv oppfølging og oppsøking reduserer muligens ny villet egenskade, selvmordsforsøk og selvmord
- effekten av andre sekundærforebyggende tiltak som blant annet kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, telefonkontakt, og de skolebaserte programmene C-CARE (Counselors Care: Assess, Respond, Empower) og CAST (Coping and Support Training) er usikker fordi dokumentasjonen er av svært lav kvalitet.

Resultatene må tolkes med forsiktighet da det er brede konfidensintervaller rundt estimatene.

Tittel:

Effekter av sekundærforebyggende tiltak mot villet egenskade

Publikasjonstype:

Oversikt over oversikter

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte

relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

Vi har ikke sett på etikk eller helseøkonomi i denne rapporten

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Helsedirektoratet, avdeling psykisk helse og rus

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet september 2015.

Eksterne fagfeller:

Johan Siqveland, spesialrådgiver/Ph.D kandidat, Akershus Universitetssykehus
Hege Kornør, teamleder/Forsker I, Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Sammendrag

Innledning

Villet egenskade er en bevisst og villet skade en person påfører seg med eller uten hensikt å dø. Begrepet inkluderer både selvmordsforsøk og selvskading. Vanlige engelske forkortelser for disse subkategoriene er SA (suicide attempt) og NSSI (non-suicidal self-injury). Ved et selvmordsforsøk har personen et ønske om å dø, selv om ønsket kan være mer eller mindre sterkt. Ved selvskading har personen ikke et ønske om å dø av den aktuelle handlingen (NSSI), men selvskadingen er mer knyttet til å påføre seg selv en fysisk smerte for å endre en intens negativ tanke, følelse eller en vanskelig relasjon. Omfanget av selvskading er usikkert, men ifølge Folkehelseinstituttet kan det være så mange som én av ti ungdom som har skadet seg selv. Det er viktig å forebygge ny villet egenskade. I denne kunnskapsoversikten oppsummerer vi effekten av psykososiale sekundærforebyggende tiltak for å forhindre ny selvskading og nye selvmordsforsøk, samt for å redusere psykiatriske symptomer. Kunnskapsoversikten skal først og fremst benyttes til å vurdere behovet for en retningslinje for utredning, oppfølging og behandling av personer med villet egenskade som kommer i kontakt med tjenesteapparatet. Kunnskapsoversikten er videre tenkt å skulle brukes til å planlegge tiltak i form av for eksempel veiledende materiell på nasjonalt nivå. Dessuten er den ment å gi best mulig kunnskapsbaserte innspill til politikere og tjenesteytere om hvordan man kan arbeide med den aktuelle tematikken.

Metode

En forskningsbibliotekar gjorde et systematisk litteratursøk i september 2015. Vi søkte etter systematiske oversikter med litteratursøk fra 2010 eller senere i databasene Cochrane Database of Systematic Reviews, Center for Reviews and Dissemination, Medline, Embase, Social Sciences/Science Citation Index og Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cinahl og PsycINFO. Vi søkte også på hjemmesidene til Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) og Sosialforskningsinstituttet. Vi brukte et filter som er utviklet for å finne referanser til systematiske oversikter. Vi har ikke søkt etter enkeltstudier. To forskere gikk, uavhengig av hverandre, gjennom søketreffene. Dersom minst én mente at treffet kunne være relevant, bestilte vi fulltekst-artikkelen. De samme to forskerne leste artiklene uavhengig av hverandre og vurderte dem opp mot inklusjonskriteriene. Vi vurderte de systematiske oversiktene metodiske kvalitet ved hjelp av Kunnskapssenterets sjekklister. Hvis det var uenighet om kvalitetsvurderingen ba vi prosjektansvarlig om å avgjøre. Dersom vi fant flere oversikter med samme problemstilling og av samme kvalitet, inkluderte vi bare den med det nyeste litteratursøket. Vi har ikke vurdert risiko for systematiske feil i enkeltstudier, men gjengir

vurderingene til forfatterne av de inkluderte systematiske oversiktene. En forsker (GS) trakk ut data fra de inkluderte oversiktene og en annen forsker (TKD) sjekket tallene. Der hvor de inkluderte systematiske oversiktene har gjort metaanalyser, er disse gjengitt i vår oversikt. Hvis det ikke var gjort metaanalyser, har vi bare gjengitt resultatene slik de var presentert i de systematiske oversiktene. Vi har brukt Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) for å vurdere tilliten til resultatene.

Resultat

Vi har inkludert fire systematiske oversikter fra 2015 som omhandler en lang rekke tiltak. Her presenterer vi funnene ordnet etter hvor stor tillit vi har til dem (kvaliteten på dokumentasjonen). Vi har brukt ordet «trolig» der resultatet er av middels kvalitet, «muligens» der resultatet er av lav kvalitet og «usikker» der resultatet er av svært lav kvalitet:

Høy kvalitet ⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.
Middels kvalitet ⊕⊕⊕⊖	Vi har middels tillit til effektestimater: Det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig.
Lav kvalitet ⊕⊕⊖⊖	Vi har begrenset tillit til effektestimater: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater.
Svært lav kvalitet ⊕⊖⊖⊖	Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.

Middels kvalitet:

- Aktiv kontakt og oppfølging fører trolig til færre gjentatte selvmordsforsøk ved 12 måneders oppfølgingstid (RR: 0,83, 95% KI: 0,71 til 0,97).

Lav kvalitet:

- problemløsningsterapi (OR: 0,71, 95% KI: 0,45 til 1,11) reduserer muligens ny villet egenskade, men konfidensintervallet krysser null effekt. Det er muligens en liten positiv effekt av problemløsningsterapi når det gjelder depresjon (Standardisert gjennomsnittlig forskjell [SMD]: -0,36, 95% KI: -0,61 til -0,11) og håpløshet (vektet gjennomsnittlig forskjell [WMD]: -2,97, 95% KI: -4,81 til -1,13).
- Psykodynamisk interpersonlig terapi reduserer muligens psykiatriske symptomer (gjennomsnittlig forskjell [MD]: -5,0, 95% KI: -9,7 til -0,3).
- Intensiv oppfølging og oppsøking viser litt bedre resultat enn vanlig oppfølging (OR: 0,84, 95% KI: 0,62 til 1,15) når det gjelder ny villet egenskade, men konfidensintervallet krysser null effekt. Tiltaket har muligens ingen eller usikker effekt på nytt selvmordsforsøk etter 18 måneder (OR: 1,02, 95% KI: 0,73 til 1,43), men kan muligens redusere forekomsten av selvmord etter 18 måneder (OR: 0,11, 95% KI: 0,02 til 0,45).

Svært lav kvalitet:

- Effekten på gjentatt villet egenskade er usikker for kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, gruppebasert psykoterapi, psykodynamisk interpersonlig terapi, dialektisk atferdsterapi, mentalisering, kontinuerlig oppfølging med samme terapeut (versus bytte av terapeut), «emergency cards», sykehusinnleggelse (versus øyeblikkelig utskrivning), terapeutisk utredning, tiltak for å øke etterlevelse, hjemmebasert familieintervensjon og fjernkontaktintervensjoner.
- Effekten på forekomst av nye selvmordsforsøk er usikker for psykoterapi, samt skoleprogrammene C-CARE og CAST.
- Effekten på underliggende psykiatriske symptomer er usikker for kognitiv terapi og psykodynamisk interpersonlig terapi.
- Effekten på død av alle årsaker er usikker for aktiv kontakt og oppfølging.
- Effekten på nye sykehusinnleggelser er usikker for sykepleieleidet «case management».

Diskusjon

Selv om de inkluderte systematiske oversiktene er av høy kvalitet, har primærstudiene som er inkludert i dem betydelige metodiske svakheter. Studiene er i hovedsak små i den forstand at de har få hendelser (selvmordsforsøk, alvorlig selvskading). Det er behov for randomiserte kontrollerte studier som har så mange deltakere at de oppnår et tilstrekkelig antall hendelser av selvskading og selvmordsforsøk, og det er viktig at den metodiske kvaliteten på studiene forbedres. Vi har ikke vurdert primærstudienes metodiske kvalitet selv. Det er viktig at systematiske oversikter beskriver tiltakene som er gitt godt nok. Det er ikke nok å bare gi merkelapper som for eksempel «psykodynamisk interpersonlig terapi». Det er behov for en detaljert beskrivelse av hva behandlingen gikk ut på, hvem som var behandler, hvor mange behandlingstimer som ble gitt, hvor ofte behandlingen foregikk og hvor lenge.

Konklusjon

Mange ulike tiltak har vært forsket på, og noen har vist en positiv effekt. Aktiv kontakt og oppfølging etter behandling i akuttmottak reduserer trolig antall nye selvmordsforsøk. Men det er usikkerhet forbundet med disse effektene, og vi vet ikke sikkert om noen tiltak er mer effektive enn andre.

Key messages

There may be as many as 1 in 10 young people in Norway who have self-harmed, and many of them attempt suicide, but the exact occurrence is uncertain. When people contact health services after self-harm or suicide attempts, it is important to have effective interventions for preventing that it happens again. We have found research on many interventions and studied whether people harm themselves less frequently and have fewer suicide attempts when they have received one of these interventions compared to people in a control group who have not received the intervention. We have also looked at whether the interventions can reduce psychiatric symptoms.

We found:

- active contact and follow-up in emergency wards probably reduces new suicide attempts
- problem solving therapy possibly reduces repeat self-harm and psychiatric symptoms
- psychodynamic interpersonal therapy possibly reduces psychiatric symptoms
- intensive follow-up and outreach possibly reduces repeat self-harm, suicide attempts and suicides
- the effect of other secondary prevention interventions like e.g. cognitive therapy, cognitive behaviour therapy, telephone contact, and the school-based programs C-CARE (Counselors Care: Assess, Respond, Empower) and CAST (Coping and Support Training) are uncertain because the evidence is of very low quality

The results must be interpreted with caution as there are wide confidence intervals around the estimates.

Title:

Effects of secondary preventive interventions against self-harm

Type of publication:

Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

This report does not include an ethical or health economical appraisal

Publisher:

Norwegian Institute of Public Health

Updated:

Last search for studies:
September, 2015.

Peer review:

Johan Siqueland, special advisor/PhD candidate, Akershus University Hospital
Hege Kornør, team leader/Researcher, Regional Center for Child and Adolescent Mental Health, Eastern and Southern Norway (RBUP)

Executive summary (English)

Background

Intentional self-harm is a conscious and wanted injury that a person inflicts on his- or herself with or without intention to die, and the concept includes both suicide attempt (SA) and non-suicidal self-injury (NSSI). When attempting suicide, the person has a death wish, even though the wish can be more or less strong. A person with NSSI, on the other hand, does NOT want to die. NSSI is more connected to inflicting physical pain on oneself in order to change an intense negative thought, feeling or a difficult relationship. The prevalence of self-harm is uncertain, but according to the Norwegian Institute of Public Health, as many as one in ten youth may have harmed themselves.

It is important to prevent new episodes of self-harm in persons who contact the health services. In this report we provide an overview of available systematic reviews about the effect of psychosocial interventions to prevent repeated self-harm and suicide attempts and to reduce psychiatric symptoms. This overview is meant to be used for the assessment of the need for a guideline about diagnostics, follow-up and treatment of persons with suicide attempts and self-harm who contact the health services. The overview is also meant to guide the planning of interventions in the form of illustrative material on a national level. It is also meant to provide the best possible professional advice to politicians and service providers about how to work with the current audiences and problem areas.

Objective

This systematic overview summarizes the evidence for effects of psychosocial interventions to prevent repeated self-harm and suicide attempts and reduce psychiatric symptoms in people with a history of these behaviors.

Method

A research librarian performed a systematic literature search in September 2015. We searched for systematic reviews in the databases Epistemonikos, Medline, PubMed, Embase, PsycINFO, Cochrane Library (DARE, HTA), Campbell Library, CRD (DARE, HTA), Sociological Abstracts and, and Cinahl. We also searched the websites of the Swedish Agency for Health Technology Assessment (SBU) and the Danish National Centre for Social Research. We used a filter developed for finding references to systematic reviews. We did not search for primary studies. We searched for systematic reviews with literature search performed in 2010 or later. Two researchers independently scanned the records. If at least one researcher decided that the record might be relevant, it was acquired in full text. The same two researchers read the articles independently of each

other and assessed them against the inclusion criteria. We assessed the methodological quality of the systematic reviews using a check list developed by the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. If there was disagreement about the quality assessment, the project manager decided. If we found more than one review with the same objective and same quality, we only included the one with the newest literature search. We have not assessed risk of bias in primary studies but reproduce the assessments of the authors of the included systematic reviews. One researcher (GS) extracted data from the included reviews, and another researcher (TKD) checked the numbers. Wherever the systematic reviews had performed meta-analyses, these are reproduced in our review. If meta-analyses had not been performed, we have only reproduced the results as they were presented in the systematic reviews. We have used Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) for assessing the quality of the evidence.

Results

We have included four systematic reviews from 2015 about several types of secondary preventive interventions. We present the findings according to how strong confidence we have in the effect estimates. We use the word «probably» for moderate quality evidence, «possibly» for low quality evidence, and «uncertain» for very low quality evidence.

Moderate quality evidence:

- Active contact and follow-up probably leads to fewer repeated suicide attempts at 12 months follow-up (RR: 0.83, 95% CI: 0.71 to 0.97).

Low quality:

- Problem solving therapy (OR: 0.71, 95% CI: 0.45 to 1.11) possibly reduces repeated self-harm, but the confidence interval includes zero effect. There is possibly a positive effect of problem solving therapy on depression (Standardized mean difference [SMD]: -0.36, 95% CI: -0.61 to -0.11) and hopelessness (weighted mean difference [WMD]: -2.97, 95% CI: -4.81 to -1.13).
- Psychodynamic interpersonal therapy possibly reduces psychiatric symptoms (mean difference [MD]: -5.0, 95% CI: -9.7 to -0.3).
- Intensive follow-up and outreach shows somewhat better results than usual follow-up (OR: 0.84, 95% CI: 0.62 to 1.15) on repeated self-harm, but the confidence interval includes zero effect. The intervention has possibly no or uncertain effect on new suicide attempts after 18 months (OR: 1.02, 95% CI: 0.73 to 1.43), but it can possibly reduce the incidence of suicide after 18 months (OR: 0.11, 95% CI: 0.02 to 0.45).

Very low quality:

- The effects on repeated self-harm is uncertain for cognitive therapy, cognitive behaviour therapy, group-based psychotherapy, psychodynamic interpersonal therapy, dialectical behaviour therapy, mentalization, continuous follow-up with same therapist (versus change of therapist), emergency cards, admission to hospital (versus immediate discharge), therapeutic assessment,

interventions to enhance compliance, home-based family intervention, and remote contact interventions.

- The effect on incidence of new suicide attempts are uncertain for psychotherapy and for the school programs C-CARE and CAST.
- The effect on underlying psychiatric symptoms is uncertain for cognitive therapy and psychodynamic interpersonal therapy.
- The effect on death from all causes is uncertain for active contact and follow-up.
- The effect on new hospital admissions is uncertain for nurse-led case management.

Discussion

We have not found evidence of high quality for any secondary preventive intervention. Even though the included systematic reviews are of high quality, the primary studies have significant methodological weaknesses. They are also mostly small in the sense that they have few events. There is a need for randomized controlled trials that are large enough to accumulate a sufficient number of instances of self-harm or suicide attempts, and with improved methodological quality. We have not assessed the quality of the primary studies, but it is important when systematic reviews are produced that the interventions provided are described in sufficient detail. It is not enough to only provide labels, e. g. «psychodynamic interpersonal therapy». There is a need for a detailed description of what the intervention contained, who were the therapists, how many treatment sessions were given, how often the intervention was provided, and for how long.

Conclusion

Many different interventions have been targeted for research, and some have shown a positive effect. Active contact and follow-up after treatment in emergency rooms probably reduces the number of new suicide attempts. But there is uncertainty associated with these effects, and we cannot tell whether any interventions are more effective than others.

Forord

Avdeling psykisk helse og rus i Helsedirektoratet har bedt om en kunnskapsoversikt om effekten av sekundærforebyggende tiltak for personer som har skadet seg selv med vilje eller gjort selvmordsforsøk. Vi begrenser oversikten til kun å omfatte psykososiale sekundærforebyggende tiltak og inkluderer ikke medikamentelle tiltak. Kunnskapsoversikten skal først og fremst benyttes til å vurdere behovet for en retningslinje for utredning, oppfølging og behandling av personer med selvmordsforsøk og selvskading som kommer i kontakt med tjenesteapparatet. Kunnskapsoversikten er videre tenkt å skulle brukes til å planlegge intervensjoner i form av for eksempel veiledende materiell på nasjonalt nivå. Dessuten er den ment å gi best mulig kunnskapsbaserte innspill til politikere og tjenesteytere om hvordan man kan arbeide med aktuelle målgrupper og problematikk.

Takk til Erlend Mork, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging for verdifulle bidrag til prosjektplanen samt gjennomlesning og kommentarer på utkast til denne rapporten. Takk til forskningsbibliotekar Ingvild Kirkehei som planla og utførte det systematiske litteratursøket. Takk til Johan Siqveland og Hege Kornør for fagfelle-vurdering av rapporten. Alle forfattere, bidragsyttere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Signe Flottorp
avdelingsdirektør

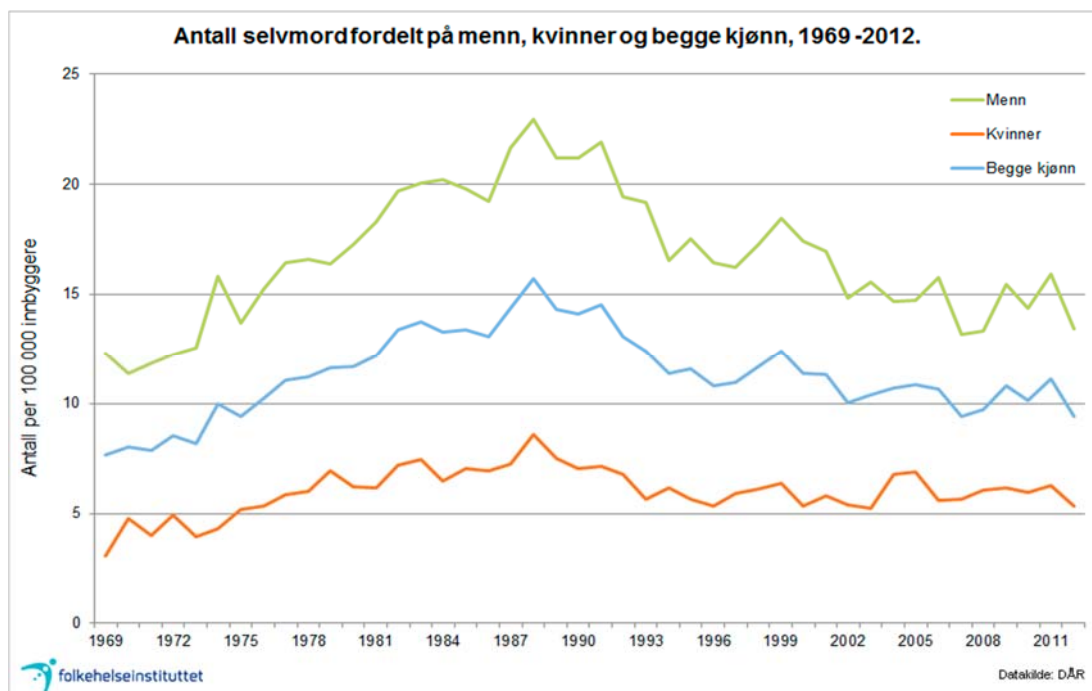
Liv Merete Reinar
seksjonsleder

Geir Smedslund
prosjektleder

Innledning

Villet egenskade er en bevisst og villet skade en person påfører seg med eller uten hensikt å dø. Villet egenskade (self-harm) er med andre ord et begrep som inkluderer både selvmordsforsøk (SA = suicide attempt) og selvskading (NSSI = non-suicidal self-harm). Selvskading og selvmordsforsøk er ulike fenomener, men det er i praksis vanskelig å klassifisere en konkret atferd inn i den ene eller andre kategorien. Ved et selvmordsforsøk har personen et ønske om å dø, selv om ønsket kan være mer eller mindre sterkt. Selvskading er derimot ikke nødvendigvis forbundet med et ønske om å dø, men er mer knyttet til å påføre seg selv en fysisk smerte for å endre en intens negativ tanke, følelse eller en vanskelig relasjon (1). Omfanget av selvskading er usikkert, men ifølge Folkehelseinstituttet kan det være så mange som en av ti norske ungdommer som har skadet seg selv. Den vanligste formen for selvskading er kutting. I en studie av over 45 tusen 15-16 åringer fra 17 europeiske land fra 2007 (1) kom det fram at 10,5 prosent av ungdommene rapporterte at de hadde forsøkt å ta livet av seg. Omtrent syv prosent hadde hatt hyppige tanker om å skade seg selv.

I 2012 var det ifølge Folkehelseinstituttet (2) 369 menn og 146 kvinner som døde av selvmord i Norge (til sammen 515 selvmord). Året før var det 598 selvmord. Forekomsten av selvmord har vært tilnærmet konstant de siste 20 årene (se Figur 1 under). Menn har omtrent tre ganger høyere selvmordsrisiko enn kvinner. Det forekommer trolig cirka 10 ganger så mange selvmordsforsøk som selvmord, men vi mangler gode tall på dette omfanget. Selvmordsfare er knyttet til rusmiddelbruk, livskriser og mental sykdom, men mange selvmordsforsøk er likevel vanskelige å forklare og er ofte en kombinasjon av mange årsaksforhold (2).



Figur 1 Kilde: *Folkehelse rapporten 2014, kapittel: Selvmord og selvmordsforsøk*, www.fhi.no/folkehelse rapporten

I en Cochrane-oversikt fra 1999 om effekt av psykososiale tiltak og medikamentelle tiltak for personer med selvskading ble det inkludert 23 randomiserte kontrollerte studier (3). Med psykososiale tiltak menes et vidt spekter av spesifiserte psykologiske og sosiale intervensjoner. Oversiktsforfatterne konkluderte med at det var behov for mer forskning om hva som er den mest effektive behandlingen for denne store pasientpopulasjonen. Lovende resultater ble funnet for problemløsningsterapi, utdeling av et visittkort for å få krisekontakt med hjelpeapparatet og langtids psykoterapi for kvinnelige pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse og tilbakevendende selvskading. Men konklusjonene i denne Cochrane-oversikten er usikre på grunn av at det er for få pasienter i nesten alle studiene til å kunne sikkert si om antall hendelser blir påvirket av tiltaket.

Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017 fra Helsedirektoratet (4) gir en samlet framstilling av mål og tiltak for å forebygge selvmord og selvskading, og skal tjene som et hjelpemiddel for å gjennomføre og videreutvikle innsatsen på området i årene framover. Planen berører flere sektors ansvarsområder og har et særlig fokus på tidlig intervensjon og forebygging på arenaer hvor barn, unge, voksne og eldre lever sine liv. Planen inneholder universelle tiltak, som retter seg mot hele befolkningen, selektive tiltak, rettet mot sårbare og utsatte grupper og indikative tiltak, rettet mot enkeltpersoner med selvmordsatferd og selvskading.

Helsedirektoratets retningslinje om Forebygging av selvmord i psykisk helsevern (5) viser til: «Enkelte studier rapporterer at psykoterapi reduserer selvmordsatferd mer enn kontrollbehandling. Dette gjelder studier av kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi gitt til pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse og dagavdelingsbasert psykodynamisk orientert psykoterapi gitt til pasienter med ustabil personlighets-

forstyrrelse. Multisystemisk terapi (MST) gitt til ungdommer med behov for akuttinnleggelse i psykiatrisk avdeling, er også rapportert å redusere selvmordsatferd mer enn kontrollbehandling.» Nevnte retningslinje baserte seg på en kunnskapsoversikt med literatursøk fram til mai 2005. Siden dette er et fagfelt som det fremdeles forskes på, er det behov for en oppdatert kunnskapsoversikt.

Vi har utarbeidet en ordliste som ligger i vedlegg 1.

Problemstilling

Denne kunnskapsoversikten oppsummerer dokumentasjonen for effekter av sekundærforebyggende psykososiale tiltak for å forebygge selvskading og selvmordsforsøk og for å redusere psykiatriske symptomer hos mennesker som har en historie med slike problemer. Med sekundærforebygging mener vi tiltak som søker å begrense varighet av et problem, skade eller sykdom som er oppstått (6).

Metode

Vi har søkt etter systematiske oversikter som kan besvare det aktuelle spørsmålet og har vurdert den metodiske kvaliteten på oversiktene (7). Vi vurderte kvaliteten på de systematiske oversiktene ved hjelp av Kunnskapssenterets sjekkliste. Funnene fra de inkluderte oversiktene ble oppsummert og gradert (7). Dersom vi ikke hadde funnet systematiske oversikter, vurderte vi å søke etter og inkludere randomiserte kontrollerte studier, men det ble ikke nødvendig fordi vi fant nyere oversiktsartikler av høy metodisk kvalitet som besvarte problemstillingene våre.

Inklusjonskriterier

Studiedesign (i prioritert rekkefølge):

1. Systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet med litteratursøk fra 2010 til 2015
2. Randomiserte kontrollerte studier

Populasjon:	Personer med kjent villet egenskade (se ordlisten).
Tiltak:	Psykososiale tiltak ¹ som er sekundærforebyggende, dvs at de retter seg mot å forhindre eller redusere forekomsten av ny villet egenskade og/ eller psykiatriske symptomer.
Sammenlikning:	Standard oppfølging, vanlig behandling, venteliste, ingen tiltak, medikamentelle tiltak, andre psykososiale tiltak.
Utfall:	Selvskading, selvmordsforsøk, selvmord, død, sykehusinnleggelse, psykisk helse som f. eks. angst og depresjon.
Språk:	Ingen restriksjoner i søket. Vi inkluderte publikasjoner på engelsk eller skandinavisk. Publikasjoner på andre språk vurderte vi å oversette.

¹ For eksempel kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi, psykodynamisk interpersonlig terapi, multi-systemisk terapi, m.m.

Litteratursøking

Databasesøk: Vi utarbeidet en søkestrategi og søkte etter systematiske oversikter i Epistemonikos, Cochrane Library (DARE og HTA), Campbell Library, Centre for Reviews and Dissemination Database (DARE og HTA), Medline, PubMed, Embase, Sociological Abstracts, Cinahl og PsycINFO. Vi søkte også på hjemmesidene til Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i Sverige og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd i Danmark. Vi brukte et filter som er utviklet for å finne referanser til systematiske oversikter. Vi søkte etter systematiske oversikter hvor litteratursøket var gjort i 2010 eller senere. En forskningsbibliotekar (IK) utførte søket. En annen bibliotekar fagfellevurderte søket. Fullstendig søkestrategi ligger vedlagt i vedlegg 2. **Andre kilder:** Dersom vi ble gjort oppmerksom på systematiske oversikter som ikke ble funnet i databasesøkene, inkluderte vi dem dersom de oppfylte inklusjonskriteriene.

Artikkelutvelging

To forskere gikk, uavhengig av hverandre, gjennom titler og sammendrag. Dersom minst én mente at referansen kunne være en aktuell systematisk oversikt, gikk den videre til fulltekstvurdering. De samme to personene vurderte oversiktene i fulltekst uavhengig av hverandre med tanke på inklusjon eller eksklusjon. Dersom det var uenighet ba vi prosjektansvarlig om å avgjøre.

Vurdering av inkluderte oversikter

Vi vurderte de systematiske oversiktene metodiske kvalitet ved hjelp av Kunnskaps-senterets sjekklister. Hvis det var uenighet om kvalitetsvurderingen ba vi prosjektansvarlig om å avgjøre. Dersom vi fant flere oversikter med samme problemstilling og av samme kvalitet inkluderte vi bare den med det nyeste litteratursøket. Vi beskriver våre valg og begrunnelse for dem under resultater.

Vurdering av risiko for systematiske feil i enkeltstudier

Vi har ikke vurdert risiko for systematiske feil i enkeltstudier, men gjengir vurderingene til forfatterne av de inkluderte systematiske oversiktene.

Dataekstraksjon

En forsker (GS) trakk ut data fra de inkluderte oversiktene og en annen forsker (TKD) sjekket tallene.

Analyser

Der hvor de inkluderte systematiske oversiktene har gjort metaanalyser, er disse gjengitt i vår oversikt. Hvis det ikke var gjort metaanalyser, har vi bare gjengitt resultatene slik de var presentert i de systematiske oversiktene. Vi angir resultatene som ulike effektstørrelser (odds ratio, relativ risiko, gjennomsnittlig forskjell, standardisert gjennomsnittlig forskjell, osv.) med 95 prosent konfidensintervaller (se vedlegg 1. Ordliste). Hvis det er mulig vil vi behandle resultater for barn, ungdom, voksne og eldre hver for seg. Vi vil også undersøke om tiltakene har ulik effekt hos kvinner og menn.

Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen

Vi har brukt Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen (8). Kvaliteten blir klassifisert som enten høy, middels, lav eller svært lav. Tabell 1 gir en forklaring på hva som menes med de ulike kategoriene.

Tabell 1. Kategorier av kvaliteten på dokumentasjonen etter GRADE

Høy kvalitet ⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten.
Middels kvalitet ⊕⊕⊕⊖	Vi har middels tillit til effektestimaten: Det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig.
Lav kvalitet ⊕⊕⊖⊖	Vi har begrenset tillit til effektestimaten: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimaten.
Svært lav kvalitet ⊕⊖⊖⊖	Vi har svært liten tillit til at effektestimaten ligger nær den sanne effekten.

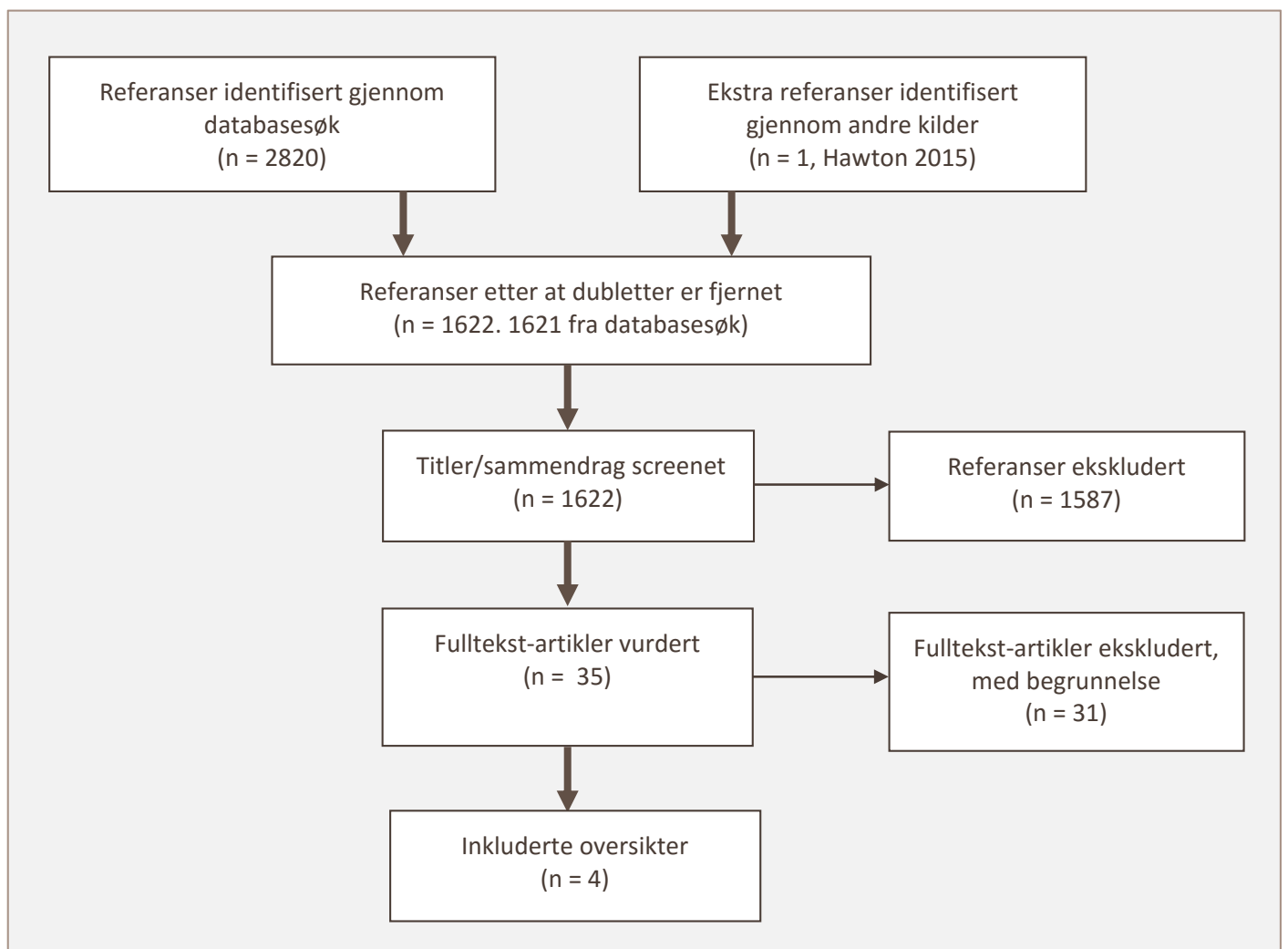
I mange tilfeller har vi brukt såkalte standardsetninger. Dersom dokumentasjonen er av høy kvalitet bruker vi formuleringer som: «tiltak x reduserer utfall y». For middels kvalitet skriver vi: «tiltak x har trolig en effekt på utfall y». Dersom kvaliteten er lav heter det: «tiltak x har muligens en effekt...», og for svært lav kvalitet skriver vi at effekten er usikker. Dokumentasjon som bygger på randomiserte kontrollerte studier starter i utgangspunktet på høy kvalitet mens alle andre typer design starter på lav kvalitet. Dersom det er metodiske svakheter med studiene som inngår i dokumentasjonen for et utfall, kan man trekke ned ett nivå. Det samme gjelder dersom resultatene spriker mellom studiene (inconsistency), utfallene ikke direkte måler det vi er interessert i (indirectness), konfidensintervallet er bredt (imprecision) eller hvis det er risiko for publikasjonsskjevhet (publication bias, se Vedlegg 1. Ordliste). For de tiltakene hvor forfatterne av de inkluderte systematiske oversiktene har brukt GRADE, har vi sammenliknet deres vurderinger med dokumentasjonsgrunnlaget. Vi har gjengitt oversiktsforfatternes vurderinger der vi har funnet dem rimelige. I noen tilfeller har vi gitt en annen GRADE-vurdering. I disse tilfellene har vi rapportert hvordan oversiktsforfatterne opprinnelig vurderte dokumentasjonsgrunnlaget og hvorfor vi vurderte det på en annen måte. For tiltak hvor GRADE-vurderinger ikke forelå, har vi laget våre egne. Dersom oversiktsforfatterne hadde brukt GRADE for noen utfall av et tiltak, men ikke for andre,

har vi gjengitt graderingene for de graderte utfallene. For de andre utfallene henviser vi til den aktuelle systematiske oversikten. En forsker (GS) har laget «Summary of findings» tabeller, og en annen forsker (TKD) har sjekket vurderingene. Ved uenighet har vi konsultert prosjektansvarlig.

Resultater

Søket i databasene i september 2015 resulterte i 1621 treff etter at dubletter var fjernet. I løpet av arbeidet ble vi oppmerksom på en nypublisert Cochraneoversikt (9). Etter screening av titler og sammendrag satt vi igjen med 35 artikler som vi bestilte i fulltekst. Fire systematiske oversikter (9-12) oppfylte inklusjonskriteriene. En av oversiktene (10) var avgrenset til tiltak for pasienter i akuttmottak. En annen inkluderte bare tiltak i skolen (11). Den tredje (9) handlet om barn og unge, mens den fjerde (12) ikke hadde rapportert hvor studiene var gjort. Figur 2 viser utvelgelsesprosessen.

Resultater av litteratursøket



Figur 2. Flytdiagram for utvelgelsesprosessen

Inkluderte systematiske oversikter

I tabell 2 beskriver vi de fire inkluderte systematiske oversiktene som alle var publisert i 2015, men litteratursøkene ble gjort i perioden august 2013 til januar 2015. Oversikten til Inagaki og medarbeidere omhandlet bare personer som var innlagt på akuttmottak, og oversikten fra SBU omhandlet bare tiltak utført på skolen. I oversikten av Soomro og medarbeidere var det ikke oppgitt hvilke settinger som var studert. Cochrane-oversikten til Hawton og medarbeidere omfattet alle barn og unge under 18 år som hadde kontaktet helsetjenesten med selvsykdom. Alle de inkluderte systematiske oversiktene inkluderte randomiserte kontrollerte design. Soomro og medarbeidere inkluderte i tillegg systematiske oversikter, og SBU-rapporten inkluderte kontrollerte (ikke-randomiserte) kliniske studier. En lang rekke tiltak er evaluert i de fire oversiktene. Utfallene inkluderer selvmordsforsøk, repetert selvsykdom, selvmord, innleggelser, depresjon, håpløshet, suicidale tanker, angst, mestring, selvfølelse, og etterlevelse av behandling. Oversiktene inneholder fra én til 23 studier som er relevante for vår oversikt.

Tabell 2. Inkluderte systematiske oversikter

	Inagaki 2015 (10)	Soomro 2015 (12)	SBU 2015 (11)	Hawton 2015 (9)
Søkedato	August 2013	August 2013	September 2014	Januar 2015
Setting	Akuttmottak	Ikke oppgitt	Skole	Helsetjenesten
Design	Randomiserte kontrollerte studier (RCT)	RCT, Systematiske oversikter	RCT, kontrollerte kliniske studier	RCT, klynge-RCT, cross-over RCT
Pasienter	Innlagt på akuttmottak etter selvmordsforsøk. Ingen informasjon om pasientenes alder eller kjønn er oppgitt	Personer med selvsykdom. Det var lite informasjon om deltakerne bortsett fra at de fleste var mellom 18 og 66 år. Kjønnfordeling var ikke oppgitt	Skolebarn med selvsykdom. Deltakerne var i alderen 15-19 år. Kjønnfordelingen var ikke oppgitt	Barn og unge under 18 år som hadde kontaktet helsetjenesten etter selvsykdom. I 9 studier var alder oppgitt og gjennomsnittet var 15,3 år. 10 av studiene oppgav kjønnfordeling, og 80 prosent var jenter.
Intervensjoner	Aktiv kontakt og oppfølging, psykoterapi	Ikke-farmakologiske intervensjoner: kognitiv terapi, kontinuerlig oppfølging, «emergency card», sykehusinnleggelse, sykepleieleddet «case management», problemløsningsterapi, psykodynamisk interpersonlig terapi, telefonkontakt, intensiv oppfølging.	Forebyggende programmer innenfor skolens ramme	Individuell, gruppe-, og familieintervensjoner
Utfall	Gjentatte suicidforsøk	Repetert selvsykdom, suicid, innleggelser, depresjon, håpløshet, suicidale tanker, angst, økt mestring, selvfølelse	Alle typer av psykisk uhelse	Repetert selvsykdom, etterlevelse av behandling, depresjon, håpløshet, selvmord, suicidale ideer.
Studier	23 relevante studier	13 relevante studier (12 RCT + 1 SR)	1 relevant studie	11 relevante studier

Ekskluderte oversikter

Tabell med ekskluderte oversikter er plassert i vedlegg 3. Av de i alt 31 ekskluderte oversiktene var det 14 systematiske oversikter som ble ekskludert fordi de ikke var av høy kvalitet. Åtte hadde et søk som var for gammelt (før 2010). Seks oversikter kunne ikke karakteriseres som systematiske, og i tre oversikter var det ikke beskrevet at deltakerne hadde tidligere tilfeller av villet egenskade.

Metodisk kvalitet i inkluderte systematiske oversikter

Fordi vi bare inkluderte systematiske oversikter av høy kvalitet, vurderte vi risikoen for systematiske skjevheter som liten. Figur 3 viser likevel at vi i noen tilfeller var usikre på om litteratursøket var optimalt, om flere personer hadde gjort screening/kvalitetsvurdering/ dataekstraksjon uavhengig av hverandre, om relevante kriterier for kvalitetsvurdering var beskrevet og brukt, om resultatene var sammenfattet på en forsvarlig måte, og om konklusjonen var støttet av dataanalysen.

	Beskriver metoder for å finne primærstudier?	Tilfredsstillende litteratursøk?	Kriterier for inklusjon	Flere personer ved screening/kvalitetsvurdering?	Beskrevet kriterier for validitet?	Relevante kriterier for validitet?	Klare kriterier for sammenfatning?	Sammenfattet på forsvarlig måte?	Konklusjon støttet av data/analyse?
Hawton 2015	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Inagaki 2015	+	?	+	?	+	+	+	?	?
SBU 2015	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Soomro 2015	+	+	+	-	?	?	+	+	+

Figur 3. Kvaliteten på de inkluderte systematiske oversiktene

+ (grønn): lav risiko for systematiske skjevheter

? (gul): uklar risiko

- (rød): høy risiko

Effekter av tiltak

Overlapp mellom oversikter

Oversikten til Soomro og Kakhi (12) inkluderte seks artikler (fem studier) som også var inkludert i oversikten til Inagaki (10). To studier i Soomro og Kakhi (Cedereke 2002 og Vaiva 2006) om effekt av telefonkontakt var del av en metaanalyse med ni studier i oversikten til Inagaki om aktiv kontakt og oppfølging. Vi gjengir bare metaanalysen til Inagaki. En studie (Brown 2005) har eksakte tall for villet egenskade i Inagaki men bare oppgitt p-verdi i Soomro for psykiatriske symptomer. Vi oppgir resultatene om villet egenskade fra Inagaki sin oversikt og resultatene for psykiatriske symptomer fra Soomro. Begge oversiktene inkluderte en studie av Guthrie (2001). Begge hadde fullstendig resultatrapportering på ny villet egenskade, men bare Soomro rapporterte på psykiatriske symptomer. Vi gjengir bare resultatene fra Soomro. En studie rapportert i to artikler (Fleischmann 2008 og Bertolote 2010) har fullstendige resultater i begge oversiktene.

Tiltak ikke begrenset til setting

Nedenfor følger resultater fra Soomro og medarbeidere sin oversikt over ulike typer tiltak. Her har vi bare gjengitt graderingene på de utfallene hvor Soomro og Kakhi har brukt GRADE. For de andre utfallene henviser vi til oversikten (12). Vedlegg 4 viser i tillegg noen resultater som «forest plots».

I tabell 3 har vi rapportert de resultatene hvor forfatterne av den inkluderte oversikten hadde brukt GRADE fordi vi antar at disse utfallene ble regnet som viktigst. For andre utfall viser vi til oversikten til Soomro og Kakhi (12).

Kognitiv terapi

Tabell 3. Oppsummeringstabell om effekt av kognitiv terapi for personer med kjent villet egenskade

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	kognitiv terapi pluss vanlig behandling	vanlig behandling				
Gjentatt villet egenskade (minst 1 påfølgende selvmordsforsøk, oppfølgingstid ikke oppgitt)	13/45 (29 %)	23/40 (58 %)	OR = 0,30 95% KI: 0,12 til 0,74	120 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav	Kvalitet gradert ned for få hendelser, manglende blinding og mangelfull rapportering av resultater
Bedring i underliggende psykiatriske	Absolutte tall ikke rapportert		Bare oppgitt p-verdi:	120 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav	Kvalitet gradert ned for få hendelser, manglende

symptomer (Beck Depression Inventory, 6 mnd, 12 mnd, 18 mnd)		6 mnd: p =0,02	blinding og mangelfull rapportering av resultater
		12 mnd: p =0,009	
		18 mnd: p =0,046	

Tabell 3 viser at det er usikkert hvilken effekt kognitiv terapi har på gjentatt villet egenskade og psykiatriske symptomer.

Tabell 4. Oppsummeringstabell om effekt av kontinuerlig oppfølging med samme terapeut for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade
Setting: ikke oppgitt
Intervensjon: kontinuerlig oppfølging med samme terapeut
Sammenligning: kontinuerlig oppfølging med en annen terapeut

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	kontinuerlig oppfølging med samme psykotera- peut	kontinuerlig oppfølging med en annen psykotera- peut				
Gjentatt villet egenskade (3 mnd)	12/68 (18 %)	4/73 (5 %)	Peto OR = 3,32 95 % KI: 1,18 til 9,38	141 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ²	Kvalitet gradert ned 2 for få hendelser. Også trukket ned for mange risikofaktorer i gruppen med samme terapeut

Tabell 4 viser resultatet av en sammenlikning mellom å få oppfølging hos samme psykotera-
peut og å få oppfølging hos en ny psykotera-
peut. Vår vurdering er at det er usikkert om bytte til en annen psykotera-
peut etter at man er skrevet ut fra sykehus har effekt på gjentatt villet egenskade sammenliknet med å fortsette hos samme terapeut.

Tabell 5. Oppsummeringstabell om effekt av «emergency card» for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

² Soomro m. fl. 12. Soomro GM, Kakhi S. Deliberate self-harm (and attempted suicide). BMJ Clin Evid. 2015;2015. vurderte dokumentasjonsgrunnlaget til å ha middels kvalitet. Men GRADE er ikke brukt slik som anbefalt av GRADE Working Group: De har gradert i strid med anbefalingene på tre måter: (1) Det er bare anbefalt å gradere opp for observasjonsstudier. Her er dokumentasjonsgrunnlaget en RCT, (2) Det er bare anbefalt å gradere opp dersom man ikke har gradert ned for noe annet, (3) det er bare anbefalt å gradere opp dersom estimatet er rimelig presist. Her varierer estimatet mellom nesten ingen effekt og mer enn en nidobling av risikoen. Vi har derfor vurdert dokumentasjonen til å være av svært lav kvalitet.

Setting: ikke oppgitt
Intervensjon: «emergency card»
Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
Gjentatt villet egenskade (12 mnd)	8/148 (5 %)	19/169 (11 %)	Peto OR = 0,48 95 % KI: 0,22 til 1,05	317 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav	Kvalitet gradert ned for få hendelser, direkthet (inkludering av barn under 15 år) og forskjeller i intervensjoner mellom grupper

Tabell 5 viser at det er usikkert om bruk av «emergency card» er effektivt i å forhindre gjentatt villet egenskade. Emergency card betyr her at ungdommer får et nummer som de kan ringe og at de får muligheten til å legge seg selv inn på sykehus ved en krise.

Tabell 6. Oppsummeringstabell om effekt av sykehusinnleggelse versus øyeblikkelig utskrivning for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade
Setting: ikke oppgitt
Intervensjon: sykehusinnleggelse
Sammenligning: øyeblikkelig utskrivning

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
Gjentatt villet egenskade (16 uker)	3/38 (8 %)	4/39 (10 %)	Peto OR = 0,75 95 % KI: 0,16 til 3,53	77 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav	Forfatterne har gradert ned 1 for få hendelser. Her er optimal informasjonsstørrelse (OIS) N =2322 for en statistisk styrke på 0,80. Med dette utvalget på N = 77, har vi gradert ned med 2. Vi har også gradert ned fordi det er bare én studie

Tabell 6 viser at det er usikkert om sykehusinnleggelse (i gjennomsnittlig 17 timer) kan redusere ny villet egenskade sammenliknet med øyeblikkelig utskrivning etter en kort utredning.

Tabell 7. Oppsummeringstabell om effekt av sykepleierledet «case management» versus vanlig oppfølging for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade
Setting: ikke oppgitt
Intervensjon: sykepleierledet «case management»
Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Sykepleierledet «case management»	Vanlig oppfølging				
Ny sykehusinnleggelse etter villet egenskade (12 mnd)	19/220 (9 %)	25/247 (10 %)	OR = 0,84 95 % KI: 0,45 til 1,57	467 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav	Forfatterne hadde vurdert dokumentasjonen som høy kvalitet. Vi har trukket ned 2 for få hendelser. OIS er N =6049 for en statistisk styrke på 0,80. Vi har også trukket ned for bare én studie

Tabell 7 viser at det er usikker effekt av tiltaket sykepleierledet «case management» sammenliknet med vanlig oppfølging når det gjelder å forebygge ny sykehusinnleggelse etter villet egenskade i løpet av 12 måneder.

Tabell 8. Oppsummeringstabell om effekt av problemløsningsterapi versus vanlig oppfølging for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

Setting: ikke oppgitt

Intervensjon: problemløsningsterapi

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	problemløsningsterapi	Vanlig oppfølging				
Ny villet egenskade (6-12 mnd)	45/290 (16 %)	54/281 (19 %)	Peto OR = 0,71 95 % KI: 0,45 til 1,11	571 (5)	⊕⊕⊕⊕ Lav	Forfatterne graderte ned for forskjeller i sykdommens alvorlighet. Vi har i tillegg gradert ned for få hendelser. OIS er N = 1645 for en statistisk styrke på 0,80
Ny villet egenskade (12 mnd)	70/522 (13 %)	81/572 (14 %)	RRR + 0,05 95 % KI: - 0,28 til 0,30	1094 (1)		OIS er N = 1645 for en statistisk styrke på 0,80
Bedring i underliggende psykiatriske symptomer (oppfølgingstid ikke oppgitt)	Depresjon: ikke oppgitt absolutte tall		SMD: -0,36 95 % KI: -0,61 til -0,11	158 (4)	⊕⊕⊕⊕ Lav	Kvalitet gradert ned for ufullstendig rapportering av resultater. Direkthet gradert ned for usikkerhet om metoder for å vurdere bedring
	Håpløshet: ikke oppgitt absolutte tall		WMD: -2,97 95 % KI: -4,81 til -1,13	63 (3)		

Tabell 8 viser at dokumentasjonen er av lav kvalitet for effekt av problemløsningsterapi i forhold til vanlig oppfølging når det gjelder å forhindre ny villet egenskade. Konfidensintervallene krysser null effekt for ny villet egenskade. Det er muligens en bedring når det gjelder depresjon og håpløshet, men denne konklusjonen kan endre seg når det kommer ny forskning.

Tabell 9. Oppsummeringstabell om effekt av psykodynamisk interpersonlig terapi versus vanlig oppfølging for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade
Setting: ikke oppgitt
Intervensjon: psykodynamisk interpersonlig terapi
Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Psykodynamisk interpersonlig terapi	Vanlig oppfølging				
Ny villet egenskade (6 mnd)	5/58 (9 %)	17/61 (28 %)	RR: 0,31 95 % KI: 0,12 til 0,78	119 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav	Kvalitet gradert ned 2 for få hendelser og for bare én studie
Bedring i underliggende psykiatriske symptomer (6 mnd)	Depresjon (Beck Depression Inventory): ikke oppgitt absolutte tall		MD: -5,0 95 % KI: -9,7 til -0,3	119 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav	Kvalitet gradert ned for få hendelser og ufullstendig rapportering av resultater

Tabell 9 viser at psykodynamisk interpersonlig terapi har usikker effekt på risiko for ny villet egenskade og muligens reduserer depressive symptomer målt med Beck Depression Inventory.

Tiltak på akuttmottak

Resultatene nedenfor er hentet fra oversikten til Inagaki (10). Tabell 10 viser at dokumentasjonen på effekt av intensiv oppfølging og oppsøking på ny villet egenskade eller nytt selvmordsforsøk er av lav kvalitet. Tiltaket kan muligens redusere risikoen for selvmord i løpet av 18 måneder, men denne konklusjonen kan endre seg når det kommer ny forskning.

Tabell 10. Oppsummeringstabell om effekt av intensiv oppfølging og oppsøking versus vanlig oppfølging for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

Setting: ikke oppgitt

Intervensjon: intensiv oppfølging og oppsøking

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Intensiv oppfølging og oppsøking	Vanlig oppfølging				
Ny villet egenskade (4-12 mnd)	92/580 (16 %)	107/581 (18 %)	Peto OR: 0,84 95 % KI: 0,62 til 1,15	1161 (6)	⊕⊕⊖⊖ Lav	(For alle tre utfall:) Direkthet gradert ned for forskjeller i aktive og vanlige oppfølgingsintervensjoner mellom og innenfor studier og diverse studiesettinger
Nytt selvmordsforsøk (18 mnd)	66/863 (7.6 %)	60/800 (7.5 %)	RR: 1,02 95 % KI: 0,73 til 1,43	1663 (1)	⊕⊕⊖⊖ Lav	
Selv mord (18 mnd)	2/872 (0 %)	18/827 (2 %)	RR: 0,11 95 % KI: 0,02 til 0,45	1699 (1)	⊕⊕⊖⊖ Lav	

Oversikten til Inagaki m. fl. (10) rapporterte metaanalyser og vurderinger av risiko for systematiske skjevheter (risk of bias), men forfatterne hadde ikke brukt GRADE. Vi har gjengitt deres metaanalyser i vedlegg 4 for gjentatte selvmordsforsøk i løpet av 12 måneder og etter 24 måneder etter aktiv kontakt og oppfølging, samt deres risk of bias vurderinger i samme figur.

Tabell 11. Oppsummeringstabell om effekt av aktiv kontakt og oppfølging versus vanlig oppfølging for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

Setting: diverse

Intervensjon: aktiv kontakt og oppfølging

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Aktiv kontakt og oppfølging	Vanlig oppfølging				
Gjentatte selvmordsforsøk (12 mnd)	232/2266 (10 %)	288/2315 (12 %)	RR: 0,83 95 % KI: 0,71 til 0,97	4581 (9)	⊕⊕⊕⊖ Middels	Kvalitet gradert ned for selektiv rapportering og annen risiko for systematiske skjevheter

⊕⊕⊖⊖

Gjentatte selvmordsforsøk (24 mnd)	102/441 (23 %)	109/458 (24 %)	RR: 0,97 95 % KI: 0,77 til 1,23	899 (2)	Lav	Kvalitet trukket ned 2 for ufullstendig utfallsrapportering, selektiv rapportering og annen risiko for systematiske skjevheter
Død ved selvmord (12 mnd)	9/713 (1 %)	11/714 (2 %)	RR: 0,83 95 % KI: 0,36 til 1,90	1427 (5)	⊕⊕⊕⊖ Lav	Kvalitet trukket ned for selektiv rapportering og annen risiko for systematiske skjevheter. Trukket ned for presisjon
Død alle årsaker (12 mnd)	10/1306 (0 %)	3/1302 (0 %)	RR: 2,97 95 % KI: 0,89 til 9,90	2608 (3)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav	Kvalitet trukket ned for blinding av utfall og selektiv rapportering. Trukket ned 2 for presisjon

Tabell 11 viser at aktiv kontakt og oppfølging trolig kan redusere nye selvmordsforsøk ved 12 måneder. Figur 4, 5 og 6 i Vedlegg 4 er metaanalyser for de samme analysene. Det er muligens ingen effekt ved 24 måneder (lav kvalitet på dokumentasjonen). Det er muligens ingen effekt på selvmord etter 12 måneder. Effekten på død alle årsaker ved 12 måneder er usikker.

Tabell 12. Oppsummeringstabell om effekt av psykoterapi på gjentatte selvmordsforsøk for personer med kjent villet egenskade

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

Setting: diverse

Intervensjon: psykoterapi

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall delta-gere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	psykoterapi	Vanlig oppfølging				
Gjentatte selvmordsforsøk (12 mnd)	28/225 (12 %)	32/216 (15 %)	RR: 0,85 95 % KI: 0,53 til 1,36	441 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav	Kvalitet trukket ned 2 for manglende skjuling av allokering, manglende blinding av pasienter og personell, ufullstendig utfallsrapportering,

selektiv
rapportering og
annen risiko for
systematiske
skjevheter. Trukket
ned for
inkonsistens

Tabell 12 viser at det er usikkert om psykoterapi har effekt på gjentatte selvmordsforsøk, men denne konklusjonen kan endre seg når det kommer ny forskning. Figur 7 i Vedlegg 4 er en metaanalyse for de samme resultatene.

Tiltak i skolen

En oversikt av SBU (11) inkluderte én randomisert kontrollert studie som var relevant for vår oversikt. Primærstudien undersøkte to tiltak: Counselors Care: Assess, Respond, Empower (C-CARE) og Coping and Support Training (CAST). C-CARE består av en screening og en kort intervensjon på 3,5 til 4 timer. Eleven får individuell behandling. Metoden bygger på motiverende intervju og Janis sin modell for korttidsterapi og har som mål å bygge opp ferdigheter. CAST er det samme som C-CARE men foregår i små grupper og inneholder 12 tilleggsleksjoner som bygger på Eggert og medarbeideres modell for sosial støtte. Forfatterne av SBU rapporten skriver at det var vanskelig å hente ut data om effekten av disse programmene men at antall selvmordsforsøk siste måned ved oppfølgingen var 0,08 for både C-CARE gruppen og CAST gruppen, sammenliknet med 0,125 for kontrollgruppen. Det var ikke tilstrekkelig informasjon i studien til at SBU kunne gjøre en statistisk analyse av effektene. Nedenfor følger en gjengivelse av GRADE vurderingene som ble gjort av SBU:

Tabell 13. Oppsummeringstabell om effekt av programmet C-CARE

Populasjon: personer med kjent villet egenskade						
Setting: skoler						
Intervensjon: C-CARE						
Sammenligning: vanlig oppfølging						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	C-CARE	Vanlig oppfølging				
Gjentatte selvmordsforsøk (9 mnd)	0,08	0,125	Gjennomsnittlig reduksjon i antall selvmordsforsøk/måned: 0,045	305 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav	Kvalitet trukket ned 1 for risk of bias og 2 for manglende presisjon

Tabell 13 viser at effekten av programmene C-CARE på selvmordsforsøk ved en oppfølgingstid på ni måneder er usikker.

Tabell 14. Oppsummeringstabell om effekt av programmet CAST

Populasjon: personer med kjent villet egenskade
Setting: skoler
Intervensjon: CAST
Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	CAST	Vanlig oppfølging				
Gjentatte selvmordsforsøk (9 mnd)	0,08 selvmordsforsøk sist måned	0,125	Gjennomsnittlig reduksjon i antall selvmordsforsøk/måned: 0,045	310 (1)	⊕⊕⊕⊖ Svært lav	Kvalitet trukket ned 1 for risk of bias og 2 for manglende presisjon

Tabell 14 viser at effekten av programmene C-CARE på selvmordsforsøk ved en oppfølgingstid på ni måneder er usikker.

Tiltak for barn og ungdom generelt

Resultatene nedenfor er hentet fra oversikten til Hawton (9).

Dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi

Tabellene 15 og 16 viser effekt av dialektisk atferdsterapi og mentalisering sammenliknet med vanlig oppfølging på utfallet repetert selvskading.

Tabell 15. Oppsummeringstabell om effekt av dialektisk atferdsterapi

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

Setting: polikliniske pasienter

Intervensjon: dialektisk atferdsterapi

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	Dialektisk atferdsterapi				
Repetert selvskading etter intervensjonen (ved intervensjonens slutt)	151 per 1000	113 per 1000 (21 til 439)	OR: 0,72 95 % KI: 0,12 til 4,40	105 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav	Trukket ned for manglende blinding av deltakere og 2 for lav presisjon i effektstørrelse.

Tabell 16. Oppsummeringstabell om effekt av mentalisering

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

Setting: polikliniske pasienter

Intervensjon: mentalisering

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	Mentalisering				
Repetert selvskading etter intervensjonen (12 mnd)	829 per 1000	557 per 1000 (303 til 790)	OR: 0,26 95 % KI: 0,09 til 0,78	71 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav	Trukket ned for manglende blinding av deltakere og behandlere, samt 2 for lav presisjon.

Tabell 15 viser at to studier fant ulik effekt av dialektisk atferdsterapi, og effekten er usikker (svært lav kvalitet på dokumentasjonen). Tabell 16 viser at effekten på selvskading etter mentaliseringsterapi er usikker. Oversiktsforfatterne (9) hadde gradert kvaliteten på dokumentasjonen til middels for mentalisering, dvs at mentalisering trolig reduserer repetert selvskading etter intervensjonen. Vi har i tillegg valgt å trekke ned 2 for presisjon (bredt konfidensintervall) slik at kvaliteten på dokumentasjonen blir svært lav. Figur 8 i Vedlegg 4 viser metaanalyser av de samme analysene.

CBT-basert terapi

Hawton (9) inkluderte i sin oversikt én studie med 39 deltakere. Tabell 17 nedenfor viser at det er usikker effekt på selvsykdom ved seks måneders oppfølging etter CBT-basert terapi sammenliknet med vanlig oppfølging (odds ratio: 1.88, 95% KI fra 0,3 til 11,73). Figur 9 i Vedlegg 4 viser en metaanalyse av de samme analysene.

Tabell 17. Oppsummeringstabell om effekt av CBT

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	CBT				
Repetert selvsykdom (6 mnd)	111 per 1000	190 per 1000 (36 til 595)	OR: 1,88 95 % KI: 0,30 til 11,73	39 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav	Trukket ned for mangel på skjult allokering, manglende blinding av deltakere og de som registrerte utfallene. Terapeuter utførte både CBT og vanlig oppfølging. I tillegg har vi trukket ned for upresist estimat.

Gruppebasert psykoterapi sammenliknet med vanlig oppfølging

En metaanalyse av to studier (se Figur 10 i Vedlegg 4) fant usikker effekt på selvsykdom ved seks måneders oppfølging etter gruppebasert psykoterapi (odds ratio: 1,72, 95% KI fra 0,56 til 5,24). Kvaliteten ble vurdert som svært lav (9). Ved 12 måneders oppfølging var konklusjonen den samme (odds ratio: 0,80, 95% KI fra 0,22 til 2,97). Kvaliteten på dokumentasjonen var også her svært lav (Tabell 18).

Tabell 18. Oppsummeringstabell om effekt av gruppebasert psykoterapi

Populasjon: personer med kjent villet egenskade						
---	--	--	--	--	--	--

Setting: barn og ungdom

Intervensjon: gruppebasert psykoterapi

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	Gruppebasert psykoterapi				
Repetert selvskading (6 mnd)	726 per 1000	820 per 1000 (597 til 933)	OR: 1,72 95 % KI: 0,56 til 5,24	430 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ³	Trukket ned for manglende blinding av deltakere og behandlere. Også trukket ned 2 for manglende presisjon i effektestimatet.
Repetert selvskading (12 mnd)	588 per 1000	533 per 1000 (239 til 809)	OR: 0,80 95% KI: 0,22 til 2,97	490 (3)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ⁴	Trukket ned for manglende blinding av deltakere og behandlere. Også trukket ned 2 for manglende presisjon i effektestimatet.

Terapeutisk utredning sammenliknet med vanlig oppfølging

Basert på én RCT var det usikker effekt av terapeutisk utredning på repetert selvskading både etter 12 måneder (odds ratio: 0,75, 95% KI fra 0,18 til 3,06) og etter 24 måneder (odds ratio: 0,69, 95% KI fra 0,23 til 2,14). Her ble kvaliteten på dokumentasjonen i begge tilfeller vurdert som svært lav, dvs at terapeutisk utredning har usikker effekt på repetert selvskading (Tabell 19). Figur 11 i Vedlegg 4 viser de samme analysene som forest plot.

Tabell 19. Oppsummeringstabell om effekt av terapeutisk utredning

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

³ Oversiktsforfatterne hadde trukket ned 1 for lav presisjon. Vi valgte å trekke 2.

⁴ Oversiktsforfatterne hadde trukket ned 1 for lav presisjon. Vi valgte å trekke 2.

Setting: barn og ungdom

Intervensjon: terapeutisk utredning

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Terapeutisk utredning	Vanlig oppfølging				
Repetert selvskading (12 mnd)	147 per 1000	115 per 1000 (30 til 345)	OR: 0,75 95 % KI: 0,18 til 3,06	69 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav	Trukket ned for manglende blinding av deltakere og behandlere. Også trukket ned 2 for manglende presisjon i effektestimatet.
Repetert selvskading (24 mnd)	265 per 1000	199 per 1000 (76 til 435)	OR: 0,69 95% KI: 0,23 til 2,14	69 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav	Trukket ned for manglende blinding av deltakere og behandlere. Også trukket ned 2 for manglende presisjon i effektestimatet.

Forsøk på å øke etterlevelse av behandling (compliance enhancement)

Som vist i Tabell 20, fant én studie usikker effekt på repetert selvskading av en intervensjon som forsøkte å øke etterlevelse av behandlingen ved å holde kontakten med deltakerne (odds ratio: 0,67, 95% KI fra 0,15 til 3,08). Forfatterne vurderte kvaliteten på dokumentasjonen som svært lav. Figur 12 i Vedlegg 4 viser samme analyse som forest plot.

Tabell 20. Oppsummeringstabell om effekt av tiltak for å øke etterlevelse av behandling

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

Setting: barn og ungdom

Intervensjon: Tiltak for å øke etterlevelse

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Tiltak for å øke etterlevelse	Vanlig oppfølging				
		104 per 1000	OR: 0,67	63	⊕⊖⊖⊖	

Repetert selvskading (6 mnd)	147 per 1000	(25 til 347)	95 % KI: 0,15 til 3,08	(1)	Svært lav	Trukket ned for manglende blinding av deltakere og behandlere. Også trukket fordi detaljer om blinding av de som registrerte utfallene, frafall og selektiv rapportert var dårlig beskrevet. Kvalitet ble også trukket ned for upresist effektestimat.
-------------------------------------	--------------	--------------	------------------------	-----	------------------	--

Hjemmebasert familieintervensjon

Tabell 21 viser at én studie fant usikker effekt på repetert selvskading etter seks måneder av en hjemmebasert familieintervensjon (odds ratio: 1,02, 95% KI fra 0,41 til 2,51). Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen som svært lav. Figur 13 i Vedlegg 4 viser samme analyse som forest plot.

Tabell 21. Oppsummeringstabell om effekt av hjemmebasert familieintervensjon

Populasjon: personer med kjent villet egenskade

Setting: barn og ungdom

Intervensjon: hjemmebasert familieintervensjon

Sammenligning: vanlig oppfølging

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig oppfølging	Hjemmebasert familieintervensjon				
Repetert selvskading (6 mnd)	147 per 1000	149 per 1000 (66 til 301)	OR: 1,02 95 % KI: 0,41 til 2,51	149 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav	Trukket ned for manglende blinding av deltakere og behandlere. ⁵ Også trukket ned for lav presisjon

Fjernkontaktintervensjoner

⁵ Her må oversiktsforfatterne enten ha trukket ned 2 for manglende blinding, eller de har også trukket ned for manglende presisjon, men glemte å rapportere dette.

Som vist i Tabell 22 fant man i én studie usikker effekt på repetert selvskading etter tolv måneder av en intervensjon som innebar fjernkontakt (odds ratio: 0,5, 95% KI fra 0,12 til 2,04). Forfatterne vurderte kvaliteten på dokumentasjonen som svært lav. Figur 14 i Vedlegg 4 viser samme analyse som forest plot.

Tabell 22. Oppsummeringstabell om effekt av fjernkontakt

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Fjernkontakt	Vanlig oppfølging				
Repetert selvskading (12 mnd)	121 per 1000	64 per 1000 (16 til 219)	OR: 0,50 95 % KI: 0,12 til 2,04	105 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav	Trukket ned fordi en åpen tabell med tilfeldige tall ble brukt for å generere randomiseringen slik at allokeringen ikke var skjult. Også trukket for at deltakere og behandlere ikke var blindet. Det var heller ikke beskrevet blinding av de som registrerte resultatene. Det var også en feil i randomiseringssekvensen slik at fem deltagere i intervensjonsgruppen enten ikke fikk fjernkontakt eller fikk dem etter en forsinkelse.

Subgruppeanalyser

Vi kunne ikke gjøre subgruppeanalyser fordi ingen av de fire inkluderte oversiktene presenterte data på dette.

Diskusjon

Hovedfunn

Aktiv kontakt og oppfølging i akuttmottak reduserer trolig antall nye selvmordsforsøk. Problemløsningsterapi reduserer muligens ny villet egenskade og psykiatriske symptomer. Psykodynamisk interpersonlig terapi reduserer muligens psykiatriske symptomer. Intensiv oppfølging og oppsøking reduserer muligens ny villet egenskade, selvmordsforsøk og selvmord. Effekten av andre sekundærforebyggende tiltak som blant annet kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, telefonkontakt, og de skolebaserte programmene C-CARE (Counselors Care: Assess, Respond, Empower) og CAST (Coping and Support Training) er usikker fordi dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Vi har ikke funnet dokumentasjon av høy kvalitet for noen psykososiale sekundærforebyggende tiltak for personer med kjent villet egenskade, verken for å forhindre ny selvskading, nye selvmordsforsøk, død, sykehusinnleggelse eller redusert psykisk helse.

Troverdigheten av forskningsresultatene

Vi har funnet fire systematiske oversikter av høy kvalitet som har rapportert resultater fra akuttmottak, skole, og andre ikke spesifiserte settinger. Dessverre har de inkluderte primærstudiene i oversiktene gjennomgående høy risiko for systematiske skjevheter. Derfor er de fleste resultatene av lav eller svært lav kvalitet, noe som gjør at konklusjonene blir usikre.

Styrker og svakheter ved oversikter over oversikter

Fordelen ved kunnskapsoversikter over systematiske oversikter er at vi har kunnet se det store bildet ved at vi har kunnet undersøke mange ulike tiltak for den samme problematikken. Det er også mindre ressurskrevende ved at vi bygger på andres primærforskning og andres systematiske oversikter. Ulempen er at vi er veldig langt fra pasientene og klinisk praksis. Forfatterne av systematiske oversikter er avhengige av at de som har utført studier på pasienter har rapportert hva de har gjort, hvordan de har gjort det og hva de fant på en god måte. På samme måte er vi, som forfattere av en oversikt over oversikter, prisgitt kvaliteten på rapporteringen i de systematiske oversiktene. Et godt eksempel her er de to studiene hvor deltakerne fikk «psykoterapi». Her er det uklart nøyaktig hva behandlingen inneholdt, hvor mange timer behandling delta-

kerne fikk, hvor lange timene var, og over hvor lang tid behandlingen foregikk. En systematisk oversikt vil også alltid være mindre oppdatert enn primærstudiene, og en kunnskapsoversikt over systematiske oversikter vil være enda mindre oppdatert. Det kan være vanskelig å vite hvilke systematiske oversikter som skal inkluderes fordi den nyeste oversikten ikke alltid er den som har høyest metodisk kvalitet, og det kan være et stort overlapp av primærstudier fra oversikt til oversikt. Alle studiene som var inkludert i de inkluderte systematiske oversiktene var randomiserte kontrollerte studier. Dette designet har den fordel at det i utgangspunktet har høy intern validitet, det vil si at man kan ha høy tiltro til at den observerte effekten skyldes tiltaket.

Mulige skjevheter/ begrensninger i oppsummeringsprosessen

Vi regner med at vi gjennom vår søkestrategi har fanget opp de fleste nyere systematiske oversikter som omhandler effekten av sekundærforebyggende tiltak for å forhindre ny villet egenskade hos personer med kjent villet egenskade.

Like før publisering av vår rapport ble det publisert en ny Cochraneoversikt som delvis dekker vår problemstilling (13). Den nye oversikten av Hawton og medarbeidere handler om psykososiale intervensjoner for selvsykdom hos voksne, mens vår inkluderte oversikt av de samme forfatterne handler om de samme intervensjonene rettet mot barn og ungdom (9). Den nye oversikten til Hawton fant at kognitiv atferdsterapi kan forebygge ny selvsykdom (moderat kvalitet). De fant gode effekter (moderat til svært lav kvalitet) av tiltak rettet mot personer med personlighetsforstyrrelser, blant annet emosjonsregulerende psykoterapi, mentalisering, og dialektisk atferdsterapi.

Vi gjorde mange vurderinger da vi valgte å inkludere noen få oversikter og ekskludere de fleste andre, men vi har brukt eksplisitte kriterier (inklusions/ eksklusjonskriterier, sjekklister), og vi viser også fram de ekskluderte oversiktene i Vedlegg 3. Vi har hovedsakelig gjengitt resultatene fra oversiktene slik oversiktsforfatterne har presentert dem. I noen tilfeller har vi bare gjengitt de resultatene hvor det var brukt GRADE. Vi anser at disse resultatene var de som oversiktsforfatterne regnet som de viktigste. Vi har, der det har vært mulig, gjengitt GRADE-vurderingene fra oversiktene, og når vi har laget våre egne GRADE-vurderinger har vi bygget disse på metaanalyser og risk of bias vurderinger som oversiktsforfatterne har presentert. Vi kan likevel ikke utelukke at det har oppstått en mulig inkonsistens mellom våre GRADE-vurderinger og de vurderinger som har blitt gjort av forfatterne av de inkluderte oversiktene.

Behov for videre forskning

I hovedsak har vi enten funnet liten eller usikker effekt av tiltak for å forhindre ny villet egenskade hos personer med tidligere kjent villet egenskade, eller så er effekten usikker på grunn av manglende tillit til dokumentasjonen. Dette er en gruppe som enten har det så vanskelig at de påfører seg selv skader eller ikke ønsker å leve lenger. Det kan være at med så alvorlig problematikk har tiltakene som har vært forsket på ikke vært omfattende nok. Det kan være at denne gruppen trenger mer intensiv og/ eller langvarig behandling enn den som tilbys i dag. Det kan også være forhold i miljøet rundt personen (familie, vennekrets, skole, jobb, storsamfunn) som opprettholder

problemene, og som en behandler har liten eller ingen kontroll over. Kanskje kan kvalitative studier belyse årsakene til selvskading på en måte som kan gi grunnlag for å forbedre behandlingstiltakene. Mange av studiene som har vært gjort er små, og det er behov for store randomiserte studier, gjerne multisenterstudier, av høy kvalitet. Det er viktig når det skal lages systematiske oversikter at tiltakene som er gitt blir godt nok beskrevet. Det er ikke nok å bare gi merkelapper som for eksempel «psykodynamisk interpersonlig terapi». Det er behov for en detaljert beskrivelse av hva behandlingen gikk ut på, hvem som var behandler, hvor mange behandlingstimer som ble gitt, hvor ofte behandlingen foregikk og hvor lenge. Det kan være behov for studier som sammenlikner mer omfattende og intensive tiltak med kortvarige, mindre intensive intervensjoner.

Konklusjon

Mange ulike tiltak har vært forsket på, og noen har vist en positiv effekt. Aktiv kontakt og oppfølging etter behandling i akuttmottak reduserer trolig antall nye selvmordsforsøk. Men det er usikkerhet forbundet med disse effektene, og vi vet ikke sikkert om noen tiltak er mer effektive enn andre. Det er behov for store randomiserte studier som sammenlikner enkle og kortvarige tiltak med mer omfattende, intensive og langvarige tiltak.

Referanser

(Referansene til de ekskluderte oversiktene står i vedlegg 3.)

1. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(4):381-9.
2. Zahl P, Dieserud G. Selvmord og selvmordsforsøk i Norge - Folkehelse rapporten 2014 Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014 [updated 09.04.2015; cited 2015 26. juni]. Available from: <http://www.fhi.no/artikler/?id=110540>.
3. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. 1999.
4. Helsedirektoratet. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017. Oslo: 2014 IS-2182.
5. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: 2008 IS-1511.
6. Forebygging.no. Ordbok: Helsedirektoratet; 2016 [cited 2016 02.05]. Available from: <http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Sekundarforebygging/>.
7. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,, 2013.
8. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6.
9. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;12:CD012013.
10. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;175:66-78.
11. SBU. Skolbaserte program för att förebygga självskaðebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: 2015 SBU-rapport nr 241.
12. Soomro GM, Kakhi S. Deliberate self-harm (and attempted suicide). *BMJ Clin Evid*. 2015;2015.
13. Hawton K, Witt Katrina G, Taylor Salisbury Tatiana L, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016; (5). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012189/abstract>
<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD012189/asset/CD012189.pdf?v=1&t=io49kfyu&s=c3e27534f95331655c1a3991913e0afcdc0f2fb7>.

Vedlegg

Vedlegg 1. Ordliste

Begrep	Forklaring
Konfidensintervall (KI)*	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den "sanne" verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver $10,5 \pm 0,5$ (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
Meta-analyse*	Statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier. Begrepet er noen ganger feilaktig brukt som synonym for systematiske oversikter som inkluderer en meta-analyse. Se også bayesiansk meta-analyse.
Odds ratio (OR)*	Ratioen mellom odds for en hendelse i en gruppe og odds for en hendelse i en annen gruppe. I studier av behandlingseffekt er oddsen i behandlingsgruppen vanligvis delt på odds i kontrollgruppen. En odds ratio på 1 indikerer at det ikke er forskjell mellom gruppene. For uheldige utfall indikerer en odds ratio som er mindre enn 1, at tiltaket var effektivt når det gjelder å redusere risikoen for utfallet. Når risikoen er liten, så er odds ratio veldig lik risk ratio.
Optimal informasjonsstørrelse (OIS)	Representerer antall deltakere kalkulert ved en utvalgsstørrelsesberegning når man spesifiserer en bestemt al-faverdi, og Type II-feil, relativ risikoreduksjon og basis event rate.
Peto odds ratio	En metode for å slå sammen resultater i en metaanalyse for studier som har brukt odds ratio
Publikasjonsskjevhet	Publikasjonsskjevhet (publication bias): skjevhet som oppstår når kun en del av alle relevante data er tilgjengelig. Publikasjon av forskning kan være avhengig av retning og egenskaper ved resultatene. Studier hvor et tiltak ikke finnes å være effektivt, publiseres ikke alltid. På grunn av dette kan systematiske

	oversikter, som ikke inkluderer upubliserte studier, overestimerer effekten av et tiltak.
Randomisert kontrollert studie Randomised controlled trial (RCT)*	Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenlikne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
Risiko for systematiske skjevheter (Bias)*	Systematiske feil som kan påvirke resultatene i en studie. Det finnes ulike typer i studier om effekten av tiltak i helsetjenesten: <ul style="list-style-type: none"> • Seleksjons - eller utvalgsskjevhet (selection bias): systematiske skjevheter mellom gruppene som blir sammenliknet. • Eksposisjonsskjevhet (exposure bias): systematiske skjevheter i hvordan tiltaket som blir gitt. • Utøverskjevhet (performance bias): eksposisjon av andre faktorer enn tiltaket av interesse. • Frafallsskjevhet (attrition bias): frafall eller eksklusjon av personer som ble rekruttert til forsøket. • Måleskjevhet (detection bias): systematisk skjevhet i hvordan utfallsmål ble målt eller vurdert. • Hukommelsesskjevhet (recall bias): skjevhet som oppstår fra feiltakelser i forhold til å huske hendelser. Feiltakelser kan skje pga. manglende hukommelse, vurdering av hendelser i etterkant og endret oppfatning. Slik skjevhet er en trussel mot validiteten av retrospektive studier. • Rapporteringsskjevhet (reporting bias): systematiske oversikter kan også være særlig påvirket av skjevheter i relevante data som er tilgjengelige fra inkluderte studier. I tillegg kan en publisert artikkel presentere en skjevt sett med resultater (f.eks. kun utfall eller subgrupper hvor statistisk signifikante resultater fremkom). • Publikasjonsskjevhet (publication bias): skjevhet som oppstår når kun en del av alle relevante data er tilgjengelig. Publikasjon av forskning kan være avhengig av retning og egenskaper ved resultatene. Studier hvor et tiltak ikke finnes å være effektivt, publiseres ikke alltid. På grunn av dette kan systematiske oversikter, som ikke inkluderer upubliserte studier, overestimere effekten av et tiltak.
Selvmondsforsøk	Selvpåført forgiftning eller selvpåført skade med intensjon om å dø. På engelsk suicide attempt (SA)
Selvskading	Skade en person påfører seg med vilje, men uten hensikt å dø. På engelsk brukes nå begrepet non-suicidal self-injury (NSSI)

Standardisert gjennomsnittlig forskjell Standardised mean difference (SMD)*	Forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. Det brukes for å kombinere resultater fra studier som bruker ulike måter å måle det samme begrepet på, f.eks. mental helse. Ved å uttrykke effektene som en standardisert verdi, kan 24 resultatene kombineres da de ikke refererer til en bestemt skala. Standardisert gjennomsnittlig forskjell er noen ganger referert til som en d-indeks.
Statistisk signifikant*	Et resultat som det er usannsynlig er fremkommet ved tilfeldigheter. Den sedvanlige grense for denne vurderingen er at resultatet, eller mer ekstreme resultater, ville forekomme med en sannsynlighet mindre enn 5 % hvis nullhypotesen var sann. Statistiske tester gir en p-verdi som brukes for å vurdere dette.
Systematisk oversikt*	En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analyse data fra studiene som er inkludert i oversikten. Statistiske metoder (meta-analyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder.
Vektet gjennomsnittlig forskjell Weighted mean difference (WMD)*	I meta-analyse: en metode brukt til å kombinere mål på en kontinuerlig skala (f.eks. vekt), hvor gjennomsnitt, standardavvik og utvalgsstørrelse i hver gruppe er kjent. Vekten som tilordnes differansen i gjennomsnitt fra hver studie bestemmes av usikkerheten tilknyttet effektestimater. Denne metoden antar at alle studier har målt utfallet på den samme skala. Se også Standardisert gjennomsnittlig forskjell.
Villet egenskade	En bevisst og villet skade en person påfører seg med eller uten hensikt å dø. Villet egenskade (self-harm) er med andre ord et bredere begrep som inkluderer både selvmordsforsøk (SA) og selvskading (NSSI)

* Kilde: Ordliste fra Kunnskapssenteret 2010 ISBN nr. 978-82-8121-339-5

For en mer utførlig forklaring av statistiske begreper viser vi til Cochrane Handbook Glossary. <https://community.cochrane.org/glossary> (lest 29. januar 2016)

Vedlegg 2. Søkestrategi

Dato for alle søk: 9.9.2015

Søketreff totalt: 2820

Søketreff etter dublettkontroll: 1621

MEDLINE, EMBASE, PsycINFO (Ovid samsøk)

Søketreff

Embase 1980 to 2015 Week 36: 1082

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE(R) and Ovid OLDMEDLINE(R) 1946 to Present: 645

PsycINFO 1806 to September Week 1 2015: 569

Søketreff totalt etter Ovid dublettkontroll: 1605

1. self-injurious behavior/ or self mutilation/ or suicide/ or suicidal ideation/ or suicide, attempted/
2. (suicid* or parasuicid* or (self adj1 injur*) or (self adj1 destruct*) or (self adj1 mutilation*) or (self adj1 harm*) or (self adj1 wound*) or (self adj1 cut*) or (self adj1 poison*) or (self adj1 hurt) or automutilation* or auto mutilation).tw.
3. 1 or 2
4. ((systematic* adj2 review*) or meta-analy*).mp,pt.
5. 3 and 4
6. limit 5 to yr="2010 -Current"
7. 6 use pmoz
8. suicide/ or suicidal behavior/ or suicide attempt/ or automutilation/ or self poisoning/
9. 2 or 8
10. 9 and 4
11. limit 10 to yr="2010 -Current"
12. limit 11 to embase
13. 12 use emez
14. suicide/ or self destructive behavior/ or attempted suicide/ or suicidal ideation/ or suicide prevention/ or exp self injurious behavior/ or self destructive behavior/ or self mutilation/
15. 2 or 14
16. (meta analysis or "systematic review").md.
17. 4 or 16
18. 15 and 17
19. limit 18 to yr="2010 -Current"
20. 19 use psych
21. 7 or 13 or 20
22. remove duplicates from 21

Cochrane Library

Søketreff

Cochrane Reviews: 56

DARE: 38

HTA: 12

- #1 MeSH descriptor: [Self-Injurious Behavior] explode all trees
- #2 (suicid* or parasuicid* or (self near/1 injur*) or (self near/1 destruct*) or (self near/1 mutilation*) or (self near/1 harm*) or (self near/1 wound*) or (self near/1 cut*) or (self near/1 poison*) or (self near/1 hurt) or automutilation* or (auto next mutilation*)):ti,ab,kw
- #3 #1 or #2 Publication Year from 2010 to 2015

Epistemonikos

Søketreff

Overview: 10

Systematic review: 278

Title or abstracts: (suicid* OR parasuicid* OR "self injury" OR "self injurious" OR "self harm" OR "self mutilation" OR automutilation* OR "auto mutilation" OR "self inflicted")

Publication year: 2010-2015

Cochrane Review: No

Cinahl

Søketreff: 65

S13 S5 AND S10 Limiters - Exclude MEDLINE records

S12 S5 AND S10 Limiters - Published Date: 20100101-20150931

S11 S5 AND S10

S10 S6 OR S7 OR S8 OR S9

S9 TI ((systematic* N1 review*) or meta-analys*) OR AB ((systematic* N1 review*) or meta-analys*)

S8 PT systematic review

S7 (MH "Meta Analysis")

S6 (MH "Systematic Review")

S5 S1 OR S2 OR S3 OR S4

S4 TI (suicid* or parasuicid* or (self N1 injur*) or (self N1 destruct*) or (self N1 mutilation*) or (self N1 harm*) or (self N1 wound*) or (self N1 cut*) or (self N1 poison*) or (self N1 hurt) or automutilation* or "auto mutilation") OR AB (suicid* or parasuicid* or (self N1 injur*) or (self N1 destruct*) or (self N1 mutilation*) or (self N1 harm*) or (self N1 wound*) or (self N1 cut*) or (self N1 poison*) or (self N1 hurt) or automutilation* or "auto mutilation")

S3 (MH "Self-Injurious Behavior")

S2 (MH "Injuries, Self-Inflicted")

S1 (MH "Suicidal Ideation") OR (MH "Suicide+") OR (MH "Suicide, Attempted")

PubMed

Søketreff: 30

(suicid* OR parasuicid* OR "self injury" OR "self injurious" OR "self harm" OR "self mutilation" OR automutilation* OR "auto mutilation" OR "self inflicted") AND ("systematic review" OR meta-analys*) AND pubstatusaheadofprint

Campbell Library

Søketreff: 0

Advanced search

Title: suicid* or "self injury" or "self harm" or "self-injury" or "self-harm" or "self inflicted" or "self-inflicted" or "self injurious" or "self-injurious"

OR

Keywords: suicid* or "self injury" or "self harm" or "self-injury" or "self-harm" or "self inflicted" or "self-inflicted" or "self injurious" or "self-injurious"

Published: 2010-2015

CRD Dare og HTA

Søketreff: 20

- 1 MeSH DESCRIPTOR Self-Injurious Behavior EXPLODE ALL TREES
- 2 (suicid* OR parasuicid* OR "self injury" OR "self harm" OR "self-injury" OR "self-harm" OR "self inflicted" OR "self-inflicted" OR "self injurious" OR "self-injurious")
- 3 #1 OR #2
- 4 * IN DARE, HTA FROM 2014 TO 2015
- 5 #3 AND #4

Sociological Abstracts

Søketreff: 13

S3 1 AND 2

S2 ab(systematic* review* OR meta-analys*)

S1 (SU.EXACT("Suicide") OR SU.EXACT("Self Destructive Behavior")) OR ab(suicid* OR parasuicid* OR "self injury" OR "self harm" OR "self-injury" OR "self-harm" OR "self inflicted" OR "self-inflicted" OR "self injurious" OR "self-injurious")

Limits applied: Publication year 2010-2015

SBU og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Gjennomgang av publikasjonslister.

2 relevante systematiske oversikter

Vedlegg 3. Ekskluderte oversikter

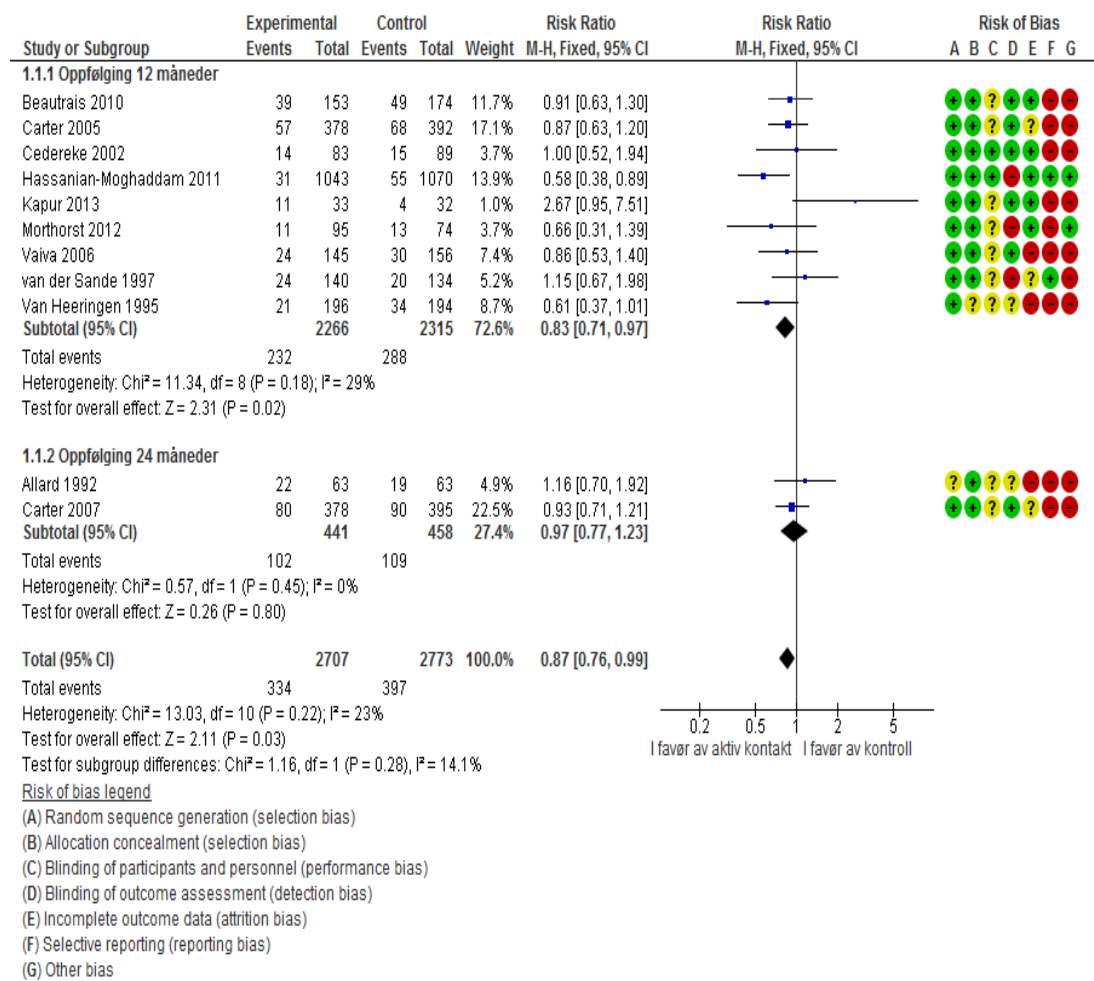
Oversikt	Eksklusjonsgrunn
Bagley SC, Munjas B, Shekelle P. A systematic review of suicide prevention programs for military or veterans. <i>Suicide and Life-Threatening Behavior</i> 2010;40(3):257-265.	For gammelt litteratursøk
Barker E, Kolves K, De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: Systematic literature review of evidence-based activities. <i>Archives of Suicide Research</i> 2014;18(3):227-240.	Ikke personer med kjent selvskading
Brausch AM, Girresch SK. A review of empirical treatment studies for adolescent non-suicidal self-injury. <i>Journal of Cognitive Psychotherapy</i> 2012;26(1):3-18.	Ikke systematisk oversikt
Burmeister K, Hoschel K, Von Auer AK, Reiske S, Schweiger U, Sipos V, et al. Dialectical Behavior Therapy (DBT) - Developments and empirical evidence. [German]. <i>Psychiatrische Praxis</i> 2014;41(5):242-249.	Ikke systematisk oversikt
Canadian Agency for D, Technologies in H. Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness. <i>CADTH Technology Overviews</i> 2010;1(1):e0104.	For gammelt søk
Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. <i>BMC Public Health</i> 2013;13:463.	Ikke personer med kjent selvskading
Corcoran J, Dattalo P, Crowley M, Brown E, Grindle L. A systematic review of psychosocial interventions for suicidal adolescents. <i>Children and Youth Services Review</i> 2011;33(11):2112-2118.	Ikke høy metodisk kvalitet
Cusimano MD, Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: A systematic review. <i>Injury Prevention</i> 2011;17(1):43-49.	For gammelt litteratursøk
Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. Suicide attempts: Prevention of repetition. <i>Canadian Journal of Psychiatry</i> 2011;56(10):621-629.	Ikke systematisk oversikt

Oversikt	Eksklusjonsgrunn
Dixon-Gordon K, Harrison N, Roesch R. Non-suicidal self-injury within offender populations: A systematic review. The International Journal of Forensic Mental Health 2012;11(1):33-50.	Ikke systematisk oversikt
Donker T, Calear A, Busby Grant J, van Spijker B, Fenton K, Hehir KK, et al. Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review. BMC psychology 2013;1(1):6.	Ikke høy metodisk kvalitet
Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53 2014;44(1):1-29.	Ikke høy metodisk kvalitet
Groschwitz R, Plener P. Psychotherapeutic interventions for non-suicidal self-injury. Nervenheilkunde: Zeitschrift fur interdisziplinare Fortbildung 2013;32(1-2):30-36.	Ikke systematisk oversikt
Harrod CS, Goss CW, Stallones L, DiGuseppi C. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;10:CD009439.	Ikke personer med kjent selvskading
Kapusta ND, Fegert JM, Haring C, Plener PL. Psychotherapeutic interventions for suicidal adolescents. Psychotherapeut 2014;59(1):16-23.	Ikke høy metodisk kvalitet
Labelle R, Pouliot L, Janelle A. A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive Behavioural Treatments for Suicidal and Self-Harm Behaviours in Adolescents. Canadian Psychology/Psychologie canadienne 2015:No Pagination Specified.	Ikke høy metodisk kvalitet
Lai MH, Maniam T, Chan LF, Ravindran AV. Caught in a Web: A review of Web-based suicide prevention. Journal of Medical Internet Research 2014;16(1):170-177.	Ikke høy metodisk kvalitet
Lang R, Didden R, Machalicek W, Rispoli M, Sigafoos J, Lancioni G, et al. Behavioral treatment of chronic skin-picking in in-	Stort sett kasus-studier av psykisk utviklingshemmede

Oversikt	Eksklusjonsgrunn
dividuals with developmental disabilities: A systematic review. Research in Developmental Disabilities 2010;31(2):304-315.	
Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2011;32(2):88-98.	For gammelt litteratursøk
Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. British Journal of Psychiatry 2015;206(3):184-190.	Ikke høy metodisk kvalitet
O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: A systematic review for the U.S. Preventive services task force. Annals of Internal Medicine 2013;158(10):741-754.	Ikke høy metodisk kvalitet
Ougrin D, Latif S. Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: Systematic review and meta-analysis. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2011;32(2):74-80.	For gammelt litteratursøk
Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2015;54(2):97-107.e102.	Ikke høy metodisk kvalitet
Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A. Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). Research on Social Work Practice 2014;24(2):213-223.	For gammelt litteratursøk
Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2013;34(3):164-182.	Ikke høy metodisk kvalitet

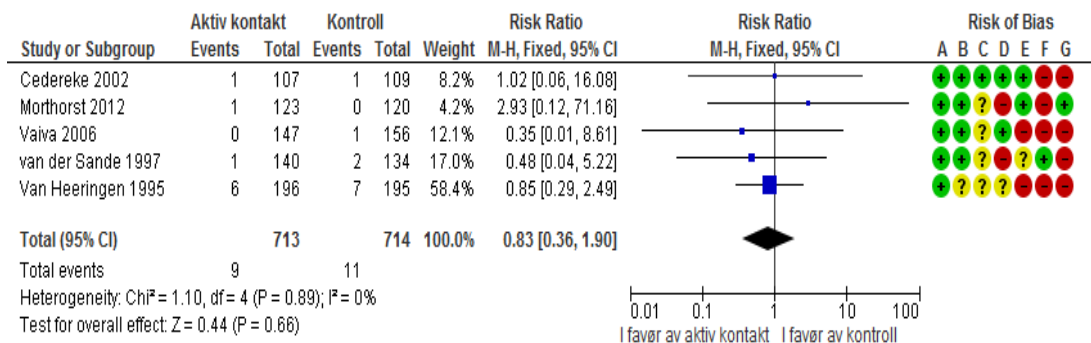
Oversikt	Eksklusjonsgrunn
Robinson J, Hetrick SE, Martin C. Preventing suicide in young people: Systematic review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2011;45(1):3-26.	Ikke høy metodisk kvalitet
Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Sante Publique 2011;102(1):18-29.	For gammelt litteratursøk
Townsend E, Walker DM, Sargeant S, Vostanis P, Hawton K, Stocker O, et al. Systematic review and meta-analysis of interventions relevant for young offenders with mood disorders, anxiety disorders, or self-harm. Journal of Adolescence 2010;33(1):9-20.	For gammelt litteratursøk
Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating non-suicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. Canadian Journal of Psychiatry 2014;59(11):576-585.	Ikke høy metodisk kvalitet
Wei Y, Kutcher S, LeBlanc JC. Hot idea or hot air: A systematic review of evidence for two widely marketed youth suicide prevention programs and recommendations for implementation. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2015;24(1):5-16.	Ikke høy metodisk kvalitet
Wyart M, Abbar M, Courtet P. Preventing late life suicide. Minerva Psichiatrica 2012;53(2):123-131.	Ikke høy metodisk kvalitet

Vedlegg 4. Forest plots



Figur 4. Gjentatte selvmordsforsøk etter aktiv kontakt og oppfølging (12 og 24 måneders oppfølging).

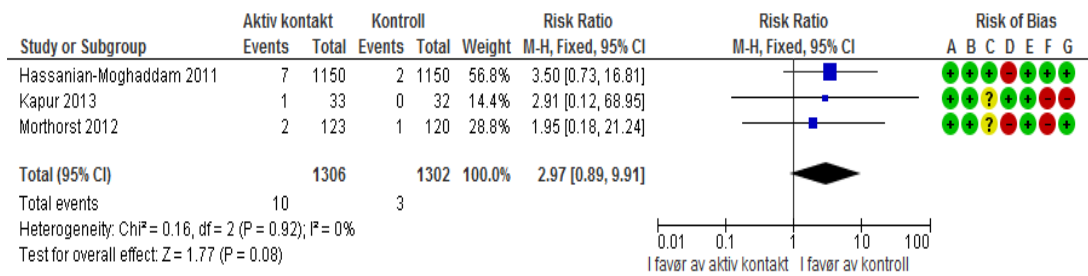
Vi har lagt inn tallene fra Inagaki sin metaanalyse i Review Manager. Tallene for risk ratio og konfidensintervall er ikke helt identiske med hva som står i artiklene, men det maksimale avviket mellom våre tall og originalen er 0,01 når det gjelder risk ratio.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

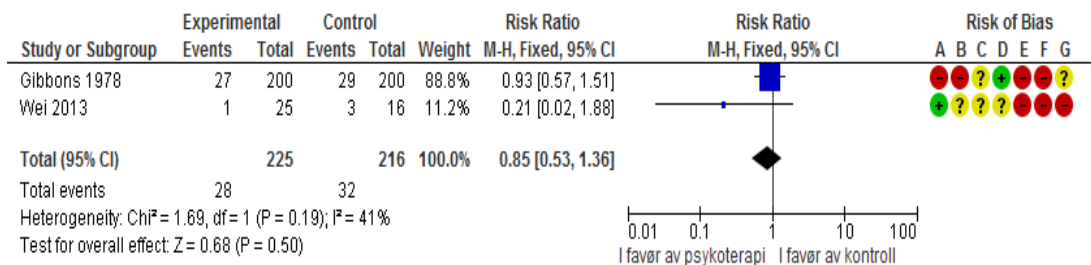
Figur 5. Død ved selvmord etter aktiv kontakt og oppfølging (12 måneders oppfølging).



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

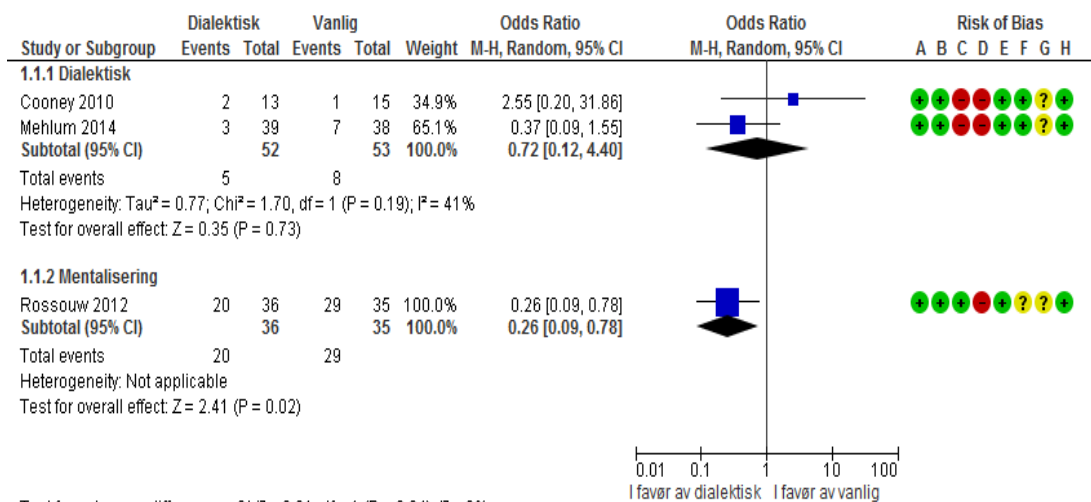
Figur 6. Død alle årsaker etter aktiv kontakt og oppfølging (12 måneders oppfølging).



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

Figur 7. Gjentatte selvmordsforsøk etter psykoterapi (12 måneders oppfølging)

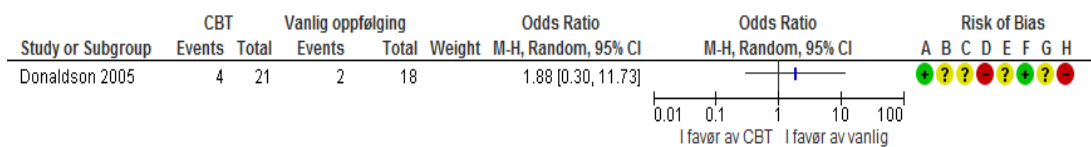


Test for subgroup differences: Chi² = 0.91, df = 1 (P = 0.34), I² = 0%

Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants
- (D) Blinding of personnel
- (E) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (F) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (G) Selective reporting (reporting bias)
- (H) Other bias

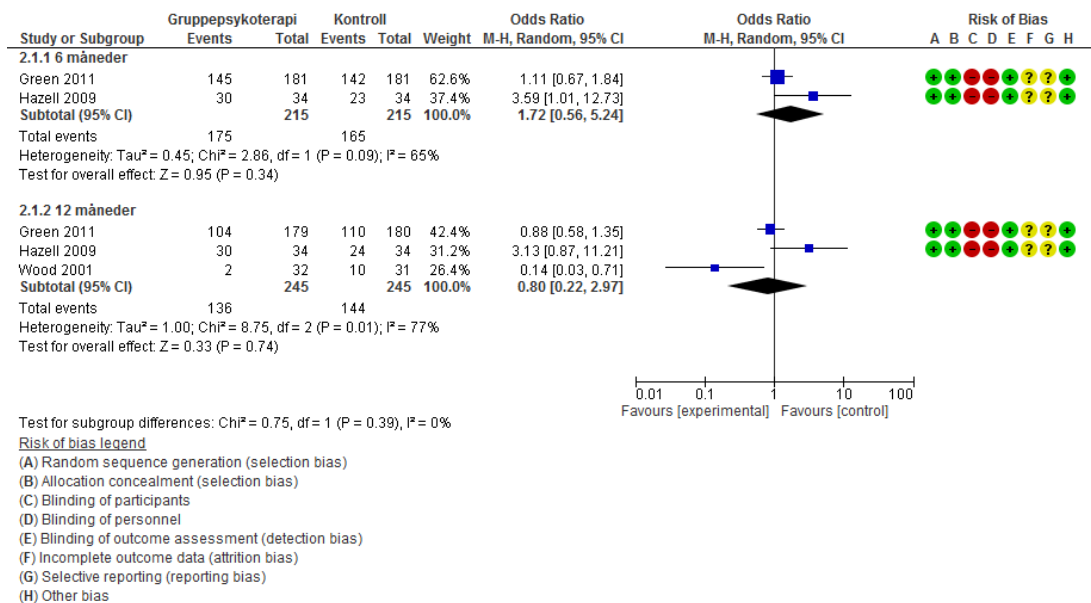
Figur 8. Dialektisk atferdsterapi og mentalisering.



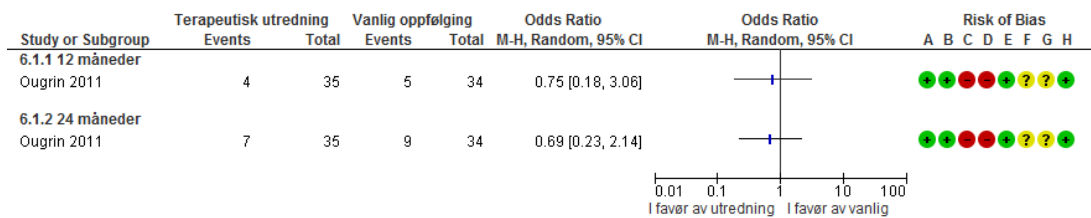
Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants
- (D) Blinding of personnel
- (E) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (F) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (G) Selective reporting (reporting bias)
- (H) Other bias

Figur 9. Effekt av CBT-basert terapi på selvskading etter 6 måneder.



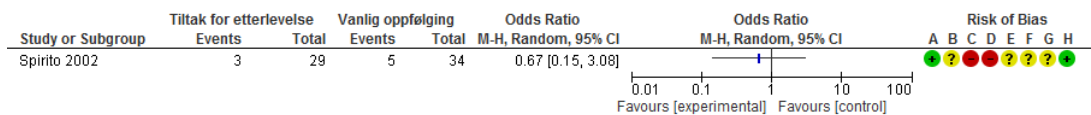
Figur 10. Effekt av gruppebasert psykoterapi på repetert selvskading etter henholdsvis 6 og 12 måneder.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants
- (D) Blinding of personnel
- (E) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (F) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (G) Selective reporting (reporting bias)
- (H) Other bias

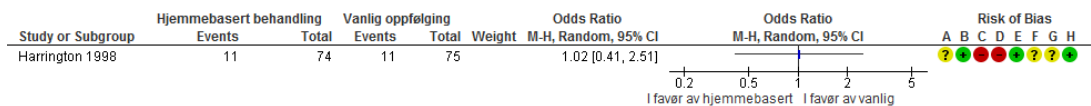
Figur 11. Effekt av terapeutisk utredning på repetert selvskading etter henholdsvis 12 måneder og 24 måneder.



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants
- (D) Blinding of personnel
- (E) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (F) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (G) Selective reporting (reporting bias)
- (H) Other bias

**Figur 12. Effekt av forsøk på å øke etterlevelse av behandling på repetert selvska-
ding etter 6 måneder.**



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants
- (D) Blinding of personnel
- (E) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (F) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (G) Selective reporting (reporting bias)
- (H) Other bias

Figur 13. Effekt av hjemmebasert familieintervensjon på repetert selvskading etter 6 måneder.

www.fhi.no

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juli 2016
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no