

Supplement till
"Rekommendationer för
insatser vid självskadebeteende"

BEHANDLING AV SJÄLV- SKADANDE PATIENTER I HELDYGNSVÅRD: FYND FRÅN FORSKNINGEN

Jonas Bjärehed & Anna Åkesson
Lunds universitet/Nationella självskadeprojektet

OM RAPPORTEN

Rapporten du har framför dig handlar om hur vi bör utforma heldygnsvård för patienter med självskadebeteende. Även om det har utvecklats fler och bättre behandlingsalternativ inom öppenvården behöver vi en god och välfungerande slutenvård vid de tillfällen det är nödvändigt. För att göra det behöver vi veta vad den vården som ges idag har för effekter och undersöka vad som skulle kunna göra den bättre. De studier som den här rapporten bygger på visar att många av de åtgärder som ofta används inom slutenvården inte leder till minskat självskadebeteende. Forskningen säger tvärtom att det finns risker med vissa av de insatser som används mot den här patientgruppen t.ex. olika tvångsåtgärder.

Att patienter ska mötas med medkänsla, respekt och värdighet är Nationella Självskadeprojektets främsta ståndpunkt och något som är särskilt viktigt i svåra situationer. Ett gott bemötande går att förena med en mer effektiv slutenvård, det visar de forskningsfynd som rapportens andra del behandlar. Där lyfts de spår som vi kan utgå ifrån när vi fortsätter förbättringsarbetet på psykiatriska avdelningar:

- Intermittent istället för ständig övervakning.
- Meningsfulla dagliga aktiviteter, särskilt om vårdtiden är lång.
- Bättre kompetens hos personalen vad gäller självskadebeteende.
- Fler yrkeskategorier bland personalen.
- Personaltäthet som gör att personalen kan vara omtänksamt vaksam och frågvis utan att missa något annat viktigt.
- Goda rutiner på avdelningen.
- Arbete med kvalitetsförbättring, exempelvis med hjälp av Safewardsmodellen.

Till varje avsnitt i rapporten finns en lättläst sammanfattning skriven av Lisa Cederlund, projektledare i Södra noden. De kan ge en överblick och hjälpa den som letar efter ett särskilt stycke.

Vill du hitta mer material är du välkommen att besöka vår hemsida www.nationellasjalvskadeprojektet.se

BEHANDLING AV SJÄLV- SKADANDE PATIENTER I HELDYGNSVÅRD: FYND FRÅN FORSKNINGEN

Jonas Bjärehed & Anna Åkesson
Lunds universitet/Nationella självskadeprojektet

INNEHÅLL

1. BAKGRUND **5**

2. HELDYGNSVÅRD FÖR SJÄLVSKADEBETEENDE **6**

2.1 Rapportens metod och källmaterial..... 7

3. OMFATTNINGEN, METODER OCH FUNKTIONEN AV SJÄLVSKADEBETEENDE I HELDYGNSVÅRDSMILJÖ **8**

4. VÅRDINSATSER I HELDYGNSVÅRD **10**

4.1 Åtgärder för självskadebegränsning i vårdmiljö..... 11

4.1.2 Observation/övervakning..... 12

4.1.2 Avskiljning..... 14

4.1.3 Manuellt och mekaniskt hindrande..... 15

4.1.4 Stängda dörrar..... 15

4.1.5 Självskadekontrakt..... 16

4.1.6 Besträffande konsekvenser..... 16

4.2 Arbetssätt och modeller med lovande resultat.....17

4.2.1 City-studien: Intermittent övervakning, dagliga aktiviteter
och personaltäthet/kompetens..... 17

4.2.2 Safewards – en modell för arbete inom heldygnsvården..... 18

4.2.3 Sucidriskmedvetenhet hos personalen – att vara
"omtänksamt vaksam och frågvis"..... 22

5. SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER **23**

REFERENSER **26**

1. BAKGRUND

Lättläst sammanfattning

Nationella Självskadeprojektet ska utveckla vården för personer med självskadebeteende. Ett av delmålen är att färre unga som skadar sig blir inlagda på en psykiatrisk avdelning. En annan uppgift är att försöka minska användningen av tvångsåtgärder, t.ex. att patienter blir isolerade eller lagda i bälte. Den här rapporten är ett tillägg till kvalitetsdokumentet med rekommendationer som projektet publicerade 2014. Texten handlar om forskning som är gjord för att ta reda på hur slutenvården är för personer med självskadebeteende. Hur ser den vården ut idag och vad är det egentligen som fungerar? I slutet av rapporten finns en sammanfattning om vad forskningen kan lära oss.

Det nationella självskadeprojektet, som pågått sedan hösten 2011, syftar till att utveckla och samordna insatser för att minska antalet unga med självskadebeteende. Ett delmål i detta arbete är att "[...] minska inläggningarna av unga i slutenvården och att minska antalet tvångsåtgärder bland unga kvinnor" (Socialdepartementet 2011, s. 2).

Inom ramen för projektet pågår ett antal insatser med fokus på att höja kompetensen i vårdorganisationerna, att sammanställa kunskap och utveckla nya metoder för behandling.

Denna text fokuserar särskilt på det aktuella kunskapsläget kring psykiatrisk heldygnsvård för patienter med självskadebeteende, ett fokus som kompletterar den befintliga kunskapssammanställningen (Nationella självskadeprojektet 2012) och det nationella kvalitetsdokument med rekommendationer för psykiatri som Nationella självskadeprojektet publicerade i slutet av 2014. (Nationella självskadeprojektet 2014).

Syftet med rapporten är att inventera och sammanfatta det tillgängliga kunskapsläget vad gäller kunskap om heldygnsvårds/slutenvårds effekter på självskadebeteende och ge uppslag för vidare verksamhetsutveckling vad gäller hur heldygnsvården för patienter med självskadebeteende kan vara utformad.

Arbetet genomfördes under hösten 2014 av Jonas Bjärehed (Fil. dr, leg. psykolog) och Anna Åkesson (masterstudent i psykologi.), vid institutionen för psykologi, Lunds universitet, på uppdrag av Nationella självskadeprojektet, Södra noden.

2. HELDYGNSVÅRD FÖR SJÄLVSKADEBETEENDE

Lättläst sammanfattning

Många personer som vårdas i psykiatri har ett självskadebeteende. Slutenvården för de patienterna har fått mycket kritik. Vården ser olika ut på olika håll men berättelser återkommer om hur patienterna blivit sämre när de legat på avdelning. Ofta saknas vårdplaner och behandlingsmetoder som är anpassade till heldygnsvård och till patientgruppen. Särskilt för personer med självskadebeteende kan slutenvården vara negativ. Men även om det finns risker så kan inläggning vara nödvändig ibland, för att rädda liv. Därför är det viktigt att utforma slutenvården på bästa möjliga sätt. Den här rapporten vill bidra genom att samla och sprida den kunskap som finns.

Personer som erhåller vård relaterat till självskadehandlingar har blivit allt vanligare. Delar av denna vård erbjuds ofta inom ramen för psykiatrins heldygnsvård. Det primära syftet med att lägga in patienter med självskadebeteenden på en vårdavdelning uppfattas vanligen vara att kortsiktigt skapa en säker situation för patienten och att därmed förhindra vidare självskadebeteende eller självmordsförsök (exempelvis Bowers et al. 2005). Ofta saknas en mer långsiktig vårdplan. Långt ifrån alla med självskadebeteende erhåller dock, eller är i behov av, inläggning. I en studie från England konstateras exempelvis att bara ungefär 10 procent av patienter som aktualiseras akut efter självskadehandlingar läggs in på en vårdavdelning (Gunnell et al. 2005).

Med stor sannolikhet föreligger idag en betydande variation i den heldygnsvård som inom psykiatri erbjuds personer med självskadebeteende. Detta gäller såväl tillgänglighet till vård, de kliniska

kriterier och överväganden som ligger till grund för när vård erbjuds och målsättningarna med vården, som innehållet och utformningen av den. I Sverige finns heller inga samordnade riktlinjer eller etablerade konsensus kring hur vården bör vara utformad. I april 2015 publicerade SBU:s upplysningstjänst ett svar på frågan hur heldygnsvård för självskadande patienter bör utformas (SBU 2015). Svaret har inte tagits i beaktning här eftersom det utkommit efter det att den här rapporten färdigställdes.

Under senare år har den internationella kunskapsutvecklingen kring behandling av självskadebeteende gått fort framåt. Merparten av behandlingsforskningen har fokuserat på modeller som är utformade för öppenvård men det finns en del kunskap att luta mot även vad gäller hur heldygnsvård kan utformas. Vad som är viktigt att särskilt notera är att tydlig kritik riktats specifikt mot utformningen av heldygnsvården för självskadande patienter. Kritiken baseras både på forskning, kliniska erfarenheter och patienters upplevelser (Breeze & Repper 1998; O'Donovan 2007). Ett särskilt problem relaterat till behandling av självskadebeteende är att patienters tillstånd kan försvåras eller befästas som en konsekvens av vården som erhålls, eller av brister i vården (så kallade iatrogena effekter), exempelvis genom konflikter mellan patient och vårdgivare eller genom interaktioner där patienter tar intryck av varandra (Taiminen et al. 1998; Joiner 1999). Denna risk, att vårdens innehåll och utformning kan bidra menligt till patientens tillstånd, är ett problem som särskilt noterats vad gäller självskadande personer i heldygnsvård. Många vittnesmål, både från vårdpersonal och från patienter, gör gällande att symptom och problembeteenden ibland märkbart försvårats då personen lagts in för heldygnsvård. Ofta beskrivs förloppet också som mycket snabbt och dramatiskt.

I arbetet med att utveckla den psykiatriska heldygnsvården för patienter med självska­debeteende behöver man därför ta hänsyn både till hur verk­ samma behandlingsinsatser bör utformas och till kända och potentiellt negativa effekter som insatser också kan ha.

Vården behöver balansera de ofta kortsiktiga, skyddande och skademinimerande, målsättning­ arna med heldygnsvård, mot det faktum att en del personer, vanligen med komplexa psykiatriska problembilder och omfattande självska­debeteende, ibland också kommer att behöver vårdas frekvent och under långa tider inom psykiatris heldygns­ vård och därmed kan utsättas för risker som sådan vård kan medföra.

Denna rapport är ett första försök att inventera det tillgängliga forskningsläget kring denna fråga och utforska eventuella sammanfattande slutsatser som kan dras därav. Detta underlag kan sedan ge uppslag till vidare behov av kunskapssamman­ ställning och förslag till fortsatt utvecklingsarbete.

2.1 Rapportens metod och källmaterial

Lättläst sammanfattning

Det har varit svårt att få klarhet i hur sluten­ vården ska utformas för självska­depatienter. Det har inte funnits tillräckligt med forskning. Men en forskargrupp i London har nu gjort en sammanställning av 89 forskningsrapporter. Den här rapporten bygger till stor del på vad som hittats där. Forskarna har använt olika metoder. Vissa av studierna handlar om hur självska­debeteende kan se ut i slutenvården. Några undersöker vad olika insatser har för effekter. Andra studier tittar på hur man försöker hindra att någon skadar sig.

De flesta studierna är gjorda i Storbritannien eller USA, bara två stycken i Sverige. Forskar­ gruppen i London har också gjort andra arbeten som kan vara hjälpsamma, när man till exempel förbättrar vården för de som har både självska­debeteende och andra problem eller sjukdomar

Tidigare forskning med relevans för vård vid själv­ skadebeteende och självmordsförsök i psykiatrisk heldygnsvård saknas inte helt. Det är dock tydligt att den forskning som finns är tämligen disparat och varit svår att dra entydiga slutsatser utifrån. Nyligen har en systematisk litteraturgenomgång av forskning kring självska­debeteende och själv­ mordsförsök i heldygnsvårdsmiljö dock genom­ förts av en brittisk forskargrupp (James, Bowers & Van Der Merwe 2011; James, Stewart & Bowers 2012), och med största sannolikhet är denna den enda hittills i sitt slag. Litteraturgenomgången sammanfattar 89 publicerade studier, huvudsak­ ligen studier med kvantitativ vetenskaplig metod (ungefär en femtedel utgick från en kvalitativ eller mixade forskningsansats, medan den resterande merparten utgick från en kvantitativ forsknings­ ansats). Den absoluta merparten (ungefär hälften) av studierna är genomförda i Storbritannien, ytter­ ligare ungefär en fjärdedel är genomförda i USA, och resterande fjärdedelen studier är från andra länder (bland annat ingår två svenska studier i underlaget: Carlén & Bengtsson 2007; Wilstrand, Lindgren, Gilje & Olofsson 2007).

Den vetenskapliga kvaliteten på studierna beskriver James, et al. (2011) som svagare för 34 av studi­ erna i litteraturgenomgången (case control design/ jämförelsedesign). 17 studier undersökte huvud­ sakligen förekomst av problembeteenden och karaktäristik för den undersökta patientgruppen. 8 studier utvärderar effekten av någon intervention och 9 studier undersökte betydelsen av olika åtgärder för att hindra självska­debeteende. 4 studier undersökte någon annan aspekt.

I sammanhanget är det värt att påpeka att forskar­ gruppen bakom denna litteraturgenomgång, som leds av Len Bowers vid King's College i London¹, också driver ett vidare omvårdnadsforsknings­ program som fokuserar på psykiatrisk vård i sluten form och de särskilda problem som sådan vård medför för omvårdnadsarbetet. Detta vidare arbete har också möjliga relevanta implikationer för vården av självska­dande patienter, exempelvis vad gäller patienter med samsjuklighet eller med andra samvarierande problembeteenden (exempelvis självska­debeteende och aggressivitet).

¹ Sektionen för Mental Health Nursing vid King's College: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/index.aspx>

3. OMFATTNINGEN, METODER OCH FUNKTIONEN AV SJÄLVSKADEBETEENDE I HELDYGNSVÅRDSMILJÖ

Lättläst sammanfattning

Sammanställningen som gjordes i England visade att cirka 7 procent av patienterna i slutenvården skadar sig själva. Siffrorna varierar dock. Det är olika vanligt på olika sorters avdelningar. De vanligaste sätten att skada sig på var att skära och slå sig själv. En del av metoderna var mer lika självmordsförsök. Kanske är det svårare att skilja på vad som är suicidalt och icke-suicidal självskadebeteende inom slutenvården. Om det är mer vanligt med självränkning och strypning inom slutenvården, betyder det att patienterna där mår sämre eller är det miljön på avdelningen som är problemet?

Sammanställningen visade att de som skadar sig i slutenvården oftast gör det när de är ensamma, på sitt eget rum eller på toaletten. Vanligast var det att skada sig på kvällen när det är mindre personal. Varför patienterna skadar sig kunde vara kopplat till vad som händer på avdelningen. Slutsatsen är att kompetens för att möta självskadebeteende behövs på alla psykiatriska avdelningar.

James et al. 2011 sammanställning gör gällande att internationellt sett förekommer självskadehandlingar hos ungefär 7 procent av patienterna som vårdas inlagda i psykiatrisk vård. Det konstateras dock också att siffrorna varierar mycket mellan olika vårdinriktningar och enheter, från mindre än 1 procent av patienterna till så högt som 21 procent, med ännu högre prevalenssiffror ändå från studier på rättspsykiatriska verksamheter. Alltså kan slutsatsen dras att kompetens och organisering för att hantera självskadebeteende

behövs i alla psykiatriska heldygnsvårdsmiljöer, men att särskild kompetens och specifikt utformade förberedelser antagligen är nödvändig i de verksamheter som oftare möter dessa patienter. Vidare kommer typen av nödvändig kompetens och andra förberedelser för att behandla denna patientgrupp också att variera beroende verksamhetens typ (exempelvis kommer olika krav ställas på verksamheten vid kortvarig PIVA-vård, jämfört med en vårdavdelning där patienten befinner sig under en längre tid).

De självskademethoder som beskrevs i litteraturgenomgången liknar de som typiskt beskrivs i självskadelitteraturen i övrigt, med skärande beteenden och slagvåld mot den egna personen som vanligast förekommande metoder. En möjlig skillnad för heldygnsvårdskontexten är en större förekomst av vissa beteenden som kan förknippas med suicidhandlingar, exempelvis självstrykning, kvävning och självränkning, som förekommer relativt sett mer ofta i denna kontext.

Utifrån detta kan en hypotes vara att den numera allt mer vedertagna distinktionen mellan suicidala och icke-suicidala självskadehandlingar kan vara svårare att göra inom heldygnsvården. En relevant frågeställning utifrån detta fynd i litteraturgenomgången är också om denna högre förekomst av vissa typer av självskadehandlingar är direkt förknippade med just slutenvårdssammanhanget eller om det handlar om patienter med generellt svårare problembeteenden, dvs. om det är slutenvårdssituationen i sig som ökar risken för suicidhandlingar eller om patienterna i slutenvård är en selekterad grupp med högre risk för suicidhandlingar.

Sammanställningen beskriver också fynd som handlar om var och när självskadehandlingar typiskt förekommer på en vårdavdelning. Själv-

skadebeteendet förekommande framförallt på delar av avdelningen där patienten kan vistas enskilt, som i sitt eget rum eller på toaletten, och att den vanligaste tidpunkten för självskadehandlingarna är på kvällstid. En slutsats av detta kan vara att särskild tillsyn av dessa delar av avdelningen och vid högrisktidpunkter på dygnet kan vara motiverat, särskilt för att upptäcka och förhindra suicidförsök. Detta måste dock vägas mot risken med upplevd minskad personlig integritet och självständighet för patienterna. Nattetid är vanligen både tillgängligheten och bemanning inom vården lägre än under dagtid, detta kan både vara en möjlig orsak och en brist som bidrar till självskadehandlingar inom heldygnsvården.

Vad gäller orsakerna till självskadehandlingar i heldygnsvården framhåller James et al. (2012) att fynd bland inlagda patienter tycks konsistent med den allmänna emotionsregleringsmodell för självskadebeteende som ackumulerat allt mer forskningsstöd (Nock 2009). Denna innefattar antagandet att självskadehandlingar vanligen föregås av negativa känslomässiga upplevelser och i vissa fall dissociativa tillstånd, som regleras genom självskadehandlingar. Dock framkommer också i litteraturen att andra omständigheter utanför vårdkontexten kan fungera påfrestade på patientens situation (exempelvis relationsproblem) och föregå självskadeepisoder. Det påpekas också att en betydande andel av självskadeepisoderna troligen kan kopplas till omständigheter i patientens omvårdnad; åtminstone två studier har exempelvis påvisat att inskränkningar i patientens vårdmiljö och friheter relaterar till ökad risk för självskadehandlingar (Bowers et al. 2008; Drew 2001). Exempel från litteraturen på sådana situationer

utgörs av avskiljningssituationer, situationer när patientens önskemål eller andra begäranden från patienten nekas, när det är rörligt på avdelningen, vid konflikter mellan patienter, då patienter upplever sig besvikna på någon vårdare eller läkare, eller då utskrivning av patienten planeras.

Således framstår det som att det även i heldygnsmiljön kan förväntas att självskadebeteendet kan utgöra en dysfunktionell emotionsregleringsstrategi för patienten. Men det verkar också som att vissa självskadehandlingar kan vara mer direkt förknippade med sådant som inträffar i vårdssituationen, dvs. vara mer relationellt eller situationellt betingade och specifika för detta sammanhang. Då specifika vårdssituationer kunnat förknippas med ökad risk för självskadehandlingar bör vården följaktligen utformas för att undvika eller särskilt hantera dessa situationer, och personal behöver ha kunskap om dessa risker och kompetens att hantera dem.

Ett intressant fynd vad gäller könsskillnader är att sammanställningen inte visar på någon betydande skillnad i fördelningen mellan antalet män och kvinnor som självskadat under inläggning i psykiatrisk heldygnsvård. Detta avviker från den gängse uppfattningen att kvinnor är överrepresenterade bland de självskadande patienterna. En möjlig förklaring till detta är dock att kvinnor i större utsträckning skadar sig vid upprepade tillfällen, och som grupp därför står för en större andel av självskadehandlingarna inom heldygnsvården. Däremot anger James et al. (2011) att kvinnor, relativt sett yngre patienter och patienter med personlighetsstörning, var överrepresenterade i litteraturen vad gäller självmordsförsök.

4. VÅRDINSATSER HELDYGNSVÅRD

Lättläst sammanfattning

I forskningen kan man hitta fyra olika typer av insatser i slutenvården. Den främsta och största handlar om att förhindra att någon skadar sig. Till exempel plockar man bort föremål eller hindrar någon fysiskt från att kunna skada sig. Resultaten säger dock att det inte är särskilt effektiva insatser, de kan till och med vara skadliga. Dessutom uppfattas de som negativa av patienterna och kan minska deras förtroende för vården. Den andra typen av insats handlar om att hota med att patienten får olika straff om hen skadar sig. Den tredje och fjärde typen av insatser är terapi och medicin.

James et al. (2011) sammanfattar i sin litteraturgenomgång att tidigare forskning beskriver fyra breda kategorier av vårdinsatser inriktade på självskadebeteende i heldygnsmiljön:

- a) åtgärder syftande till självskadebegränsning i vårdmiljön (som att ta bort föremål som kan användas för självskada, eller att övervaka eller begränsa patienters rörelsefrihet),
- b) beteendebegränsningar (exempelvis att använda bestraffande konsekvenser eller hot för att minska självskadebeteende),
- c) psykoterapeutiska interventioner och strategier (exempelvis samtalsstöd eller färdighetsträning)
- d) medicinering.

Huvuddelen av den forskning som James et al. (2011) identifierar fokuserar dock på den första kategorin, åtgärder för självskadebegränsning, vilket indikerar att detta har varit ett huvudsakligt fokus inom forskningen i heldygnsvården.

Sammanfattningsvis konstaterar författarna att det på det stora hela finns ganska lite forskning som påvisar någon tydlig effekt för samtliga av dessa åtgärder, och att de i många fall också medför risken att inverka på negativa sätt i vården, samtidigt som de negativt påverkar patientens upplevelse av den. Flera av åtgärderna är därför etiskt problematiska och ett antal åtgärder lyder dessutom under särskilda juridiska bestämmelser i Sverige.

Ett antal av de vanligaste vårdåtgärderna för att hantera självskadebeteenden i heldygnsvård återfinns i tabell 1 och beskrivs sedan mer ingående under rubrik 4.1 och 4.2.

4.1 Åtgärder för självskadebegränsning i vårdmiljön

Lättläst sammanfattning

I det här stycket finns en tabell som visar de åtgärder som man sett i slutenvården. Några exempel är övervakning, isolering och bältesläggning. Det är åtgärder som ofta debatteras när man pratar om vad psykiatrin får göra och inte göra. I Sverige finns särskilda lagar och regler kring tvångsåtgärder. Det finns alltid en risk att de får negativa effekter. I tabellen finns också andra exempel på insatser som personalen använder för att patienten inte ska skada sig.

Här nedan följer en tabell över vårdåtgärder riktade mot självskadebeteende som beskrivits i litteraturen. Åtgärder syftande specifikt till självskadebegränsning i heldygnsvårdsmiljön, inklusive observation/övervakning, avskiljning, manuellt och mekaniskt hindrande, stängda dörrar/kontroll av den fysiska miljön, självskadekontrakt och bestraffande konsekvenser tycks vara de vanligast förekommande i litteraturen. Samtliga dessa åtgärder har också förekommit även i den svenska debatten kring heldygnsvårdens utformning. Flera av åtgärderna har kritiserats hårt och vissa är också juridiskt reglerade. Mer ingående beskrivning och diskussion av dessa åtgärder följer därför nedan.

Tabell 1. I litteraturen beskrivna vårdåtgärder vid självskadebeteende och självmordsförsök i psykiatrisk heldygnsvård, från James et al. (2011).

ÅTGÄRD	BESKRIVNING/EFFEKT
Observation/övervakning särskild observation (konstant och intermittent)	Patienten övervakas av vårdpersonal i särskild ordning. Litteraturen beskriver potentiella negativa effekter (särskilt vid konstant övervakning) och möjliga positiva effekter (av intermittent övervakning).
Avskiljning	Patienten hålls avskild eller isolerad från andra patienter exempelvis genom inlåsning på det egna rummet. Åtgärden tycks inte helt hindra självskadehandlingar, ens då särskilda avskiljningsrum används.
Manuellt eller mekaniskt hindrande	Patienten hindras på något sätt från att utföra en självskadehandling, exempelvis genom bältesläggning. Åtgärden tycks inte bidra till minskat självskadebeteende då det aktiva hindrandet avbryts.
Låsta avdelningar	Patienten vistas på en låst avdelning (vanligen därför att vården är organiserad på ett sådant sätt att avdelningar behöver låsas). Potentiellt ökad risk för självskadebeteende beskriven.
Självskade-/suicidkontrakt	Ett kontrakt upprättas där patienten åtar sig, eller åläggs, att inte skada sig själv. Ingen tydlig effekt beskriven.
(Tvångs)medicinering	Medicinering som ordineras akut eller i en uppkommen situation, vanligen i syfte att kortsiktigt lugna patienten.
Avlägsnande av föremål som kan användas i självskadesyfte	Olika föremål i vårdmiljön som potentiellt kan användas för att skada sig tas bort. Patienten får ha särskilda kläder på sig (pyjamas) i syfte att försvåra självskadehandlingar.
Verbala strategier	Personalen pratar med patienten, ger stöd och lugnar ner. Ibland kan distraktionsstrategier läras ut eller tillämpas i situationen eller patienten avlägsnas från den aktuella platsen.
Hot/bestrafning	Personal hotar patienten med negativa konsekvenser eller sanktioner som följd på självskadehandlingar.

Här följer en mer ingående beskrivning och diskussion av de vanligast förekommande åtgärderna, inklusive observation/övervakning, avskiljning, manuellt och mekaniskt hindrande, stängda dörrar/kontroll av den fysiska miljön, självskadekontrakt och bestraffande konsekvenser. Samtliga dessa åtgärder har förekommit även i den svenska debatten kring heldygnsvårdens utformning.

4.1.1 OBSERVATION/ÖVERVAKNING

Lättläst sammanfattning

Övervakning, observation eller "vak" är den insats som studerats mest. Vak sätts ofta in för att patienten är i en tillfällig kris eller svacka. Ibland används det för att kartlägga patientens tillstånd, ibland för att övervaka eller hindra att patienten ska skada sig. Patienten kan övervakas då och då eller konstant i olika lång tid. Det finns inga tydliga riktlinjer för hur vak ska användas. Det är tydligt att vak kan vara jobbigt både för patienter och personal och skapa konflikter. Det är inte heller en insats som stoppar självskadande, därför är det viktigt att undersöka hur man kan utforma vak på ett bra sätt.

I en stor studie gjord i England kom det fram att intermittent övervakning, dvs att patienten tittas till då och då, hade en mer positiv effekt än om patienten hade ständigt vak. En annan studie kom fram till att mer än 3 dygn bör inte övervakningen pågå. Svensk lag säger att vak ska användas så lite som möjligt.

Observation, övervakning eller kort och gott "vak" är den åtgärd syftande till att minska risken för självskadehandlingar i psykiatrisk heldygnsvård som undersökts i flest studier (James et al. 2011). Insatsen innebär helt enkelt att en patient hålls under särskild uppsikt av sjukvårdspersonal. För patienter med självskadebeteende tillämpas åtgärden i regel för att hindra patienten att skada sig under en

tillfällig kris eller en särskilt svår period av sjukdomsförloppet. Det är således en kortsiktig insats och i de flesta fall inte tänkt i sig som en behandlande åtgärd för det underliggande sjukdomstillståndet.

Ett centralt problem med insatsen som har lyfts fram i forskningen är att den visat sig upplevas som obehaglig för både patienter och personal (Breeze & Repper 1998). Därmed blir den också en potentiell källa till konflikt mellan personal och patienter, och riskerar därmed att både förvärra patienters mående och utgöra en källa till vantrivsel för personalen.

Det förekommer att observation/övervakning insätts både som en konsekvens av en genomförd (eller misstänkt förestående) självskadehandling, i syfte att undvika framtida självskadehandlingar eller suicidförsök, och som en del av att patientens symptombild kartläggs och bedöms. Åtgärden kan i praktiken också variera i omfattning, från att patienter hålls under normal uppsikt och tittas till med ett givet tidsintervall, till att vårdpersonal alltid finns i direkt anslutning till patienten. I litteraturen särskiljs därför ofta olika typer av åtgärden utifrån graden av observation. Man skiljer då mellan konstant respektive intermittent, tidvis, övervakning (James et al. 2011).

Observation/övervakning är alltså en åtgärd som relativt ofta används vid vård av självskadande patienter i heldygnsvård. James et al. (2011) drar i sin litteraturgenomgång också slutsatsen att observation/övervakning används i mycket olika omfattning, och på varierande grund, i olika verksamheter. I en studie av rättspsykiatriska avdelningar framkom exempelvis att särskild observation efter självskadehandlingar förekom vid 0,4–1 procent av alla självskadeincidenter (Burrow 1992), medan två andra studier utförda vid allmänpsykiatriska avdelningar redovisade att observation som åtgärd användes proaktivt för 90–100 procent av patienterna (Drew 2001; Bowers, Gournay, & Duffy 2000). Detta visar på behovet av tydligare kriterier kring när och varför denna åtgärd bör användas.

Inverkan av observation/övervakning för förekomsten av självskadehandlingar i vårdmiljöer är också en flerbottnad fråga. Det ligger i sakens natur att åtgärden främst kan förväntas återfinnas där självskadehandlingar förekommer, vilket gör det komplicerat att dra slutsatser om orsak och verkan. I åtminstone en studie (Bowers et al. 2007) framkommer dock att graden av tillsyn kan ha betydelse för åtgärdens effekt på självskadebeteendet. I denna studie, som innefattar data från över hundratrettio akutpsykiatriska enheter i England, framkommer att intermittent observation associeras med mindre frekvens av självskadehandlingar medan konstant observation/övervakning inte visade samma samband. Författarna spekulerar i att konstant observation/övervakning lätt kan resultera i en ond cirkel där övervakningen i sig leder till mer självskadehandlingar.

Ett argument för att föredra konstant observation före intermittent är att konstant observation ger ett säkrare skydd mot självskador. Även om det intuitivt förefaller logiskt är det svårt att hitta litteratur som stödjer den tanken. Varken konstant eller intermittent observation/övervakning är någon garanti för att patienten hindras från att skada sig själv.

Gournay & Bowers (2000) ger exempel på detta. I en studie undersöktes omständigheterna kring 31 patienter som utfört suicidförsök medan de varit inskrivna på psykiatriska slutenvårdsavdelningar. Vid 21 (68 procent) av suicidförsöken inträffade händelsen medan patienterna var ordinerade konstant observation. Orsaken till att patienterna ändå kunde skada sig allvarligt var enligt artikelförfattarna att personalen av någon anledning faktiskt inte observerat patienten hela tiden, trots att det var deras uppgift. Endast 2 av de 31 undersökta fallen var patienter som var ordinerade intermittent observation.

Bowers, Simpson & Alexander (2003) konstaterar i en annan studie av problemsituationer på psykiatriska vårdavdelningar att självskador ofta förekom i samband med att en patient var under

konstant observation. En annan studie av Stewart, Bowers & Warburton (2009) av 16 psykiatriska avdelningar i England undersökte om bruket av konstant observation hade någon påvisbar effekt på frekvensen av självskadehandlingar. Under de 2,5 års tid som studien pågick tillämpades ett successivt minskande användande av konstant övervakning, samtidigt som det konstaterades att antalet självskadeepisoder under samma period inte ökade. Författarna drog därför slutsatsen att konstant observation inte var nödvändig för att tillse patienternas säkerhet i detta avseende. Om avdelningarna under studiens gång förändrat sitt arbetssätt på något annat sätt, till exempel börjat använda effektivare interventioner mot självskadehandlingar har författarna dock inte undersökt, vilket gör att man inte kan utesluta det som möjlig förklaring till att självskadorna inte ökat när man minskat observationen.

En annan central aspekt av observation/övervakning är längden på interventionen. Syftet med observation är i regel att den ska utgöra ett tillfälligt skydd för patienten. Men hur gör man med de patienter som under flera månader, eller till och med år, är suicidala? Hur länge är det rimligt att övervaka någon? I en studie av Shugar & Rehaluk (1990) identifierade man en gräns på 72 timmar och anger att observationer som pågick längre än så tenderade att bli mycket långa. Författarnas hypotes är därför att observationer efter 72 timmar börjar generera problem som i sig motiverar fortsatt observation. För att inte skapa sådana processer rekommenderar författarna att observationer bryts efter 72 timmar och eventuellt byts ut mot någon annan intervention.

Utifrån juridiskt hänseende blir integritetsaspekten en central frågeställning, då observation/övervakning av en patient innebar en inskränkning i den lagstadgade rätten till integritet och ibland också självbestämmande (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] § 2a 1982:763). Lagstiftningen uttrycker också tydligt principen att åtgärden bör tillämpas i så ringa omfattning som möjligt (Lagen om psykiatrisk tvångsvård [LPT] § 2a 2000:353).

4.1.2 AVSKILJNING

Lättläst sammanfattning

Avskiljning innebär att man stänger in en patient i ett rum, sitt eget eller ett särskilt isoleringsrum. Det är en ganska vanlig metod i slutenvården men vi vet inte mycket om hur det används. Studier visar att avskiljning ofta fungerar dåligt för att minska självskadebeteende. Patienten kan skada sig även i ett isoleringsrum, och må ännu sämre av att bli avskiljd. Svensk lag tillåter inte att man använder avskiljning för att försöka ändra patientens självskadebeteende eller som straff. Däremot är det tillåtet att avskilja någon som är aggressiv mot andra patienter. En studie i England visar dock att det vanligaste skälet till isolering är att personalen känt sig hotad.

Med avskiljning menas vanligen att en person hålls instängd på ett rum, antingen det egna eller i ett särskilt isoleringsrum (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS] 2008:18). I den internationella litteraturen används ibland också begreppet isolering för att beskriva samma typ av åtgärd.

Avskiljning är en relativt vanligt förekommande åtgärd vid självskadebeteende i heldygnsvård. Studier gjorda på rättspsykiatriska avdelningar i USA, Storbritannien och Kanada har angett att avskiljning tillämpades i mellan 2 och 28 procent av tillfällena då en intagen självskadat (Parkers 2003; Burrow 1992; Ahmed & Lepnurm 2001). Studier på akutpsykiatriska avdelningar i USA och Storbritannien har redovisat att avskiljning används i lägre omfattning i denna kontext (1 procent) (Chengappa et al. 1999; Foster, Bowers & Nijman 2007), men om avskiljning generellt används mer på rättspsykiatriska avdelningar är svårt att säga utifrån det begränsade materialet.

Avskiljning kan ha olika syften, men tycks inte vara särskilt effektivt, varken för att kort- eller långsiktigt förhindra vidare självskadehandlingar. Mannion

(2009) undersöker exempelvis självskadebeteende bland dömda män i en högsäkerhetsmiljö och konstaterar dels att man trots en mycket hög grad av kontroll över miljön inte lyckas förhindra självskadehandlingar, dels att avskiljningar i sig ofta uppfattas som skälet till att en intagen skadat sig.

Få studier har studerat hur avskiljning tillämpas i praktiken. I en studie (Foster, Bowers & Nijman 2007) som handlar om aggressivt beteende på akutpsykiatriska avdelningar, mättes hur vanligt det var att incidenter med aggressivt beteende ledde till isolering. Merparten av incidenterna bestod av verbal aggressivitet som också hanterades med hjälp av verbala strategier från personalen. Sannolikheten för att isolering användes var större om patienten riktade aggressivitet mot personal än om aggressiviteten riktades mot en annan patient eller mot patienten själv. Detta trots att patienter i lägre grad använde potentiellt fysiskt farliga metoder mot personalen än mot sig själv eller andra patienter. Det verkar alltså som att personalens egen upplevelse av att vara hotade var en viktig faktor när beslut om isolering skulle tas.

Författarna noterar också att i hela 27,5 procent av incidenterna med aggressivt beteende hos patienter kunde personalen inte se någon rimlig orsak till beteendet. Man kan tänka sig att den aggressivitet eller självdestruktivitet som inte är begriplig för betraktaren verkar mer skrämmande och därmed gör betraktaren mer benägen att agera eller agerar kraftfullare än om beteendet framstår som rimligt och motiverat. I sådant fall skulle personalens kompetens kring att förstå och adekvat bemöta patienterna vara relaterad till den utsträckning i vilken avskiljning används.

Svensk lagstiftning är explicit kring när och varför en patient får avskiljas från andra patienter. Åtgärden får användas om patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna (LPT 20 § 1991:1 128, Lagen om rättspsykiatrisk vård [LRV] 8 § 1991:1129). Avskiljning får alltså inte användas som intervention för att behandla en patients psykiatriska tillstånd eller i syfte att

påverka patientens beteende, till exempel ett självskadebeteende (jämför beslut från Inspektionen för vård och omsorg, dnr 8.5-32498/2013, 2014, där myndigheten fastslagit att avskiljning inte får göras "för patientens bästa"). Avskiljning får inte heller användas rutinmässigt eller i bestraffningssyfte (SOSFS 2008:18).

4.1.3 MANUELLT OCH MEKANISKT HINDRANDE

Lättläst sammanfattning

Det händer att en person hindras från att skada sig själv genom fasthållning. I svensk lag står det om när man får spänna fast någon med bälte: Det får bara ske när risken är stor att patienten kan skada sig själv allvarligt och det krävs ett beslut om tvångsvård. Bältesläggningen får bara ske korta stunder. Det finns också andra exempel på kläder eller utrustning som är gjorda för att hindra en person att skada sig. De är inte tillåtna i Sverige men det finns exempel på när de använts ändå.

I litteraturen återfinns ett antal beskrivningar av att man manuellt (exempelvis genom fasthållning) eller med hjälp av olika anordningar i form av specialutformade kläder och hjälmar hindrar patientens rörelsemöjligheter för att hindra personen från att kunna skada sig själv (Burrow 1992; Åkerman & Eriksson 2011). Två studier på rättspsykiatriska avdelningar rapporterade exempelvis att mekaniskt och manuellt hindrande användes i så många som 12 respektive 25 procent av fallen av självskada (Parkes 2003; Beasley 1999). I tre studier på akutpsykiatriska avdelningar rapporterades någon form av begränsande av rörelse i mellan 20 procent och "i stort sätt alla" självskadeincidenter (Tobin, Lim & Falkowshi 1991; Foster, Bower & Nijman 2007; Chengappa, Ebeling, Kang, Levine & Parepally 1999). Siffrorna antyder att begränsning av kroppen (utöver rumslig begränsning som isolering och lås av dörrar innebär) är eller har varit en relativt vanligt förekommande åtgärd vid självskadebeteende.

Enligt den svenska lagstiftningen kan en patient som är föremål för psykiatrisk tvångsvård kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning (LPT § 19 2012:938). Bältesläggning får dock bara användas när det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan, och därför ska bältesläggning inte användas som en terapeutisk intervention till exempel i syfte att förändra patientens benägenhet att skada sig. Rörelsebegränsande anordningar i form av hjälmar, handskar, etc. tycks inte vara förenliga med svensk lagstiftning (Regeringens proposition 1999/2000:44 om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård s. 84; SOF, 2008:18). Där framkommer tydligt också att fastspänning "självfallet aldrig (får) tillgripas i bestraffningssyfte" (Regeringens proposition 1990/91:58, s. 260).

4.1.4 STÄNGDA DÖRRAR

Lättläst sammanfattning

När någon vårdas under tvång kan personalen hindra hen att lämna avdelningen. Ofta är dörrarna till slutenvårdsavdelningen låsta så att ingen kan gå ut utan personalens hjälp. Även de patienter som vårdas frivilligt får svårare att komma och gå som de vill. Forskning visar att när dörren till en avdelning är låst sker fler självskador. När personalen har makten att stänga in någon kan det göra att patienterna känner obehag.

I många fall bedrivs heldygnsvård inom psykiatri under sådana omständigheter att patienten får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där personen ska vistas. Det gäller för de patienter som vårdas under tvång, men inte vid frivillig vård (LPT § 18 2000:353). I praktiken påverkas sannolikt alla patienter på en avdelning av att dörrarna är låsta, även om de som vårdas frivilligt har rätt att när som helst be om att få lämna avdelningen. En tidigare nämnd studie på 136 psykiatriska akutvårdsavdelningar visade att om dörrarna på avdelningen var låsta i

mer än 3 timmar i sträck var detta associerat med ökad förekomst av självsador (Bowers et. al. 2008). I en annan studie noterade man att graden av personalens kontroll över patienternas rörelsefrihet relaterade positivt till risk för självskada (Drew 2001). Orsaken till detta kan förstås vara att personalen är mer benägna att låsa dörrar om det finns en ökad risk för självskahandlingar, men det kan också tänkas att patienter upplever ett ökat obehag av att vara inlåsta en längre period och därför självsadar mer i dessa miljöer.

4.1.5 SJÄLVSKADEKONTRAKT

Lättläst sammanfattning

Ibland skrivs ett kontrakt med patienten där det står att patienten inte får skada sig själv. Kontrakten kan se mycket olika ut och ha olika innehåll. Ibland står det vad patienten ska göra om hen känner att det är svårt att stå emot impulsen att skada sig själv. Man har tänkt att det kan fungera bra för vuxna och tonåringar som inte har för svåra självmordstankar. Men det finns inga studier som visar att kontrakt får personer att sluta skada sig själva.

I syfte att förebygga suicid- eller självskahandlingar hos patienter används ibland kontrakt där patienten lovar att inte skada sig eller försöka ta sitt liv, eller att till exempel tala med personal innan vederbörande agerar på suicidtankar. Det exakta innehållet i kontrakten kan variera. De kan vara handskrivna, verbalt överenskomna, eller tryckta. De kan beskriva åtaganden av endast patienten eller av både av patient och personal (Drew 2001). Tanken är att kontraktet ska bygga på den terapeutiska alliansen och klientens vuxna jag, den del av klienten som är motiverad till förändring (Drew 2001). Kontrakt har ansetts fungera bäst med vuxna eller tonåringar som är måttligt suicidala, men sämre med barn och patienter med milda eller svåra suicidtankar (Davidson, Wagner & Range 1995).

I en studie hade 33 procent av alla patienter som vårdats ineliggande på två sjukhus i USA under drygt ett halvår suicidkontrakt. Av de patienter som skadade sig under sjukhusvistelsen hade 65 procent suicidkontrakt. Patienter med suicidkontrakt skadade sig i sju gånger så stor utsträckning som dem utan kontrakt, och gjorde suicidförsök vid fem gånger fler tillfällen (Drew 2001). Författarna understryker att studien har en korrelationell design och att man därför inte kan dra slutsatser om suicidkontrakt verkligen leder till fler antal självsador eller inte. Vad man däremot kan säga är att studien inte ger stöd för att suicidkontrakt skulle förhindra självskahandlingar eller suicidförsök.

4.1.6 BESTRAFFANDE KONSEKVENSER

Lättläst sammanfattning

Forskningen har hittat olika typer av straff eller sanktioner som används för att få patienter att sluta skada sig själva. Vissa menar att straff kan få någon att sluta skada sig själv. Det har dock fått kritik, många menar att rädslan för bestraffning är en dålig anledning till att sluta. Enligt lagen får tvångsåtgärder aldrig användas som bestraffning i Sverige.

I litteraturen återfinns olika åtgärder som syftar till att minska eller motverka patienters självskahandlingar genom att introducera negativa konsekvenser eller sanktioner som en följd på beteendet. Användande av negativa konsekvenser till följd av självsador har dokumenterat som del av behandlingen på rättspsykiatriska avdelningar i Sverige och Storbritannien (Åkerman & Eriksson 2011; Breeze & Repper 1998), och på akutpsykiatriska avdelningar på Irland (O'Donovan 2007). Sannolikt har insatsen använts både med en terapeutisk rational, där det uttalade syftet varit att försöka påverka patientens benägenhet att skada sig, och utan någon egentlig sådan rational. Ett exempel på det senare framkommer i O'Donovan (2007),

som beskriver två akutpsykiatriska avdelningar på Irland där personalen uppgav att de regelmässigt informerade patienterna om att självskador skulle leda till negativa konsekvenser. De negativa konsekvenserna kunde vara att patienten fick ha på sig nattkläder på sig på dagtid, bli flyttad till en säkerhetsavdelning, inte få gå på terapiesessioner, till affären eller kyrkan eller inte ta emot besökare.

Det har rapporterats att patienter uppfattar det som negativt när de förmått att förändra sitt beteende till följd av negativa konsekvenser från personalens sida (Breeze & Repper 1998). Således måste det terapeutiska användandet av konsekvenser för att påverka patientens självskadebeteenden användas med stor försiktighet. De åtgärder som bara kan ges inom ramen för tvångsvård, bältesläggning och isolering, får inte användas i bestraffningssyfte, utan endast i det syfte som anges i LPT § 19, respektive LPT § 20 (2006:663) (SOSFS 2008:18 s. 51 och 54). Om bestraffning övervägs att användas i behandlingssyfte torde samma krav på patientens delaktighet i behandlingen och planeringen av densamma gälla, som när andra behandlingar övervägs.

4.2 Arbetssätt och modeller med lovande resultat

Lättläst sammanfattning

Rapporten har hittills mest handlat om de åtgärder i slutenvården som inte fungerar bra. Nu ska vi titta på metoder och arbetssätt som kan fungera bättre.

I den tillgängliga forskningen återfinns några studier och teoretiska arbeten som specifikt fokuserat på att lyfta fram verksamma åtgärder eller arbetssätt och modeller som fungerar bättre vid heldygnsvård av självskadande patienter. Enskilda fynd från dessa eller hela arbetssätt och modeller är möjliga att ha som utgångspunkter i arbete med verksamhetsutveckling inom den svenska vården.

4.2.1 CITY-STUDIEN: INTERMITTENT ÖVERVAKNING, DAGLIGA AKTIVITETER OCH PERSONALTÄTHET/KOMPETENS

Lättläst sammanfattning

I en studie i England undersökte man 136 vårdavdelningar. Man kom fram till 3 förslag på åtgärder som kan minska självskadebeteende:

1. Att patienterna övervakas då och då istället för hela tiden.
2. Att det finns aktiviteter för patienterna under dagarna.
3. Att det finns mycket personal på avdelningen och att de har hög kompetens.

I sammanställningen av James et al. (2012) ingår flera studier som härrör från den så kallade City-studien (Bowers et al. 2007), en mycket omfattande studie där 136 akutpsykiatriska avdelningar över hela England undersöktes med hjälp av intervjuer och frågeformulär riktade till både personal och patienter, samt registerdata. Syftet var att utröna faktorer i vården som varierade med hur vårdavdelningar fungerade samt att specifikt undersöka hur olika faktorer relaterade till självskadebeteende bland patienterna. Baserat på dessa undersökningar ger Bowers et al. (2007) tre förslag på åtgärder som anses kunna bidra till att minska självskadebeteenden på psykiatriska avdelningar.

Dessa åtgärder innefattar att i första hand, och i högre utsträckning, använda intermittent övervakning. Denna tycks, mer framgångsrikt än konstant övervakning, kunna reducera självskadehandlingar. Slutsatsen baseras på korrelationsanalyser där tillvägagångssättet vid övervakningen vid olika avdelningar relaterats till förekomsten av självskadehandlingar bland patienterna. Intermittent övervakning tycktes vara relaterad till minskad förekomst av självskadebeteende, medan samma samband inte framkom för konstant övervakning.

Den andra åtgärden som pekas ut är att ha dagliga aktiviteter för patienterna. Förekomsten av meningsfulla dagliga aktiviteter på vårdavdelningen samvarierade med lägre förekomst av självskadehandlingar på de studerade vårdavdelningarna. I snitt erbjöd vårdavdelningarna 8 sådana aktiviteter per vecka och således anges denna siffra som ett minimum för den nivå av aktiviteter som bör erbjudas patienter. Bowers et al. (2007) påpekar också att dagliga aktiviteter är något som i genomgången framkommer som särskilt uppskattat av patienter.

Slutligen indikerar analysen hos Bowers et al. (2007) också att kompetensnivå och personaltätthet på avdelningar är relaterat till en rad faktorer med relevans för både självskadebeteende och självmordsförsök. En högre och mer varierad kompetens samt högre personaltätthet tycks ha gynnsamma effekter. I en studie konstateras exempelvis att den största andelen förhindrade suicidförsök kunde kopplas till personalens aktiva arbetssätt (Bowers et al. 2011). Se också 4.2.3.

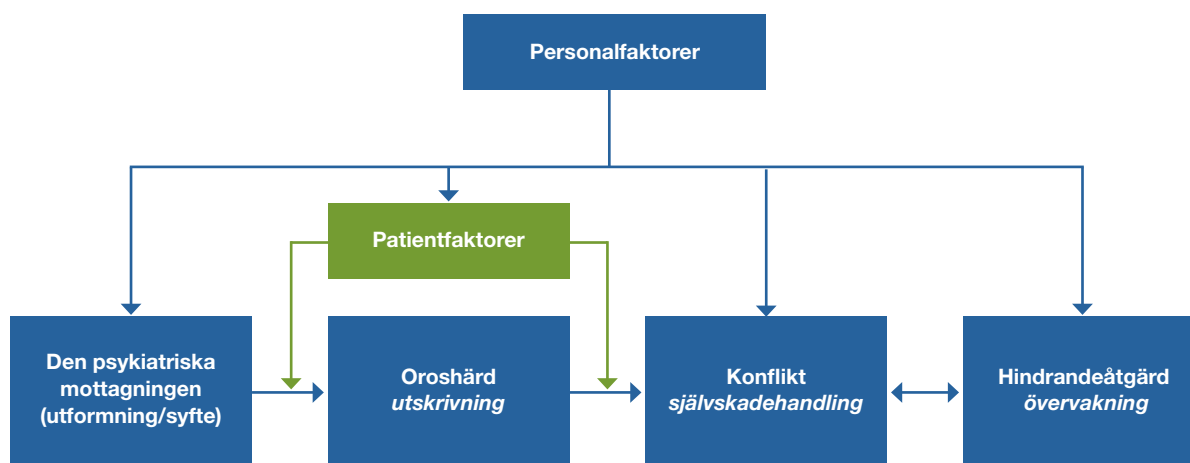
4.2.2 SAFEWARDS – EN MODELL FÖR ARBETE INOM HELDYGNSVÅRDEN

Lättläst sammanfattning

Safewards är en modell som fokuserar på sammanhanget som patienter befinner sig i på en avdelning. En slutenvårdsavdelning påverkas av flera olika saker. Några exempel är regler och organisationsstruktur, hur avdelningen ser ut, hur personalen tänker och agerar samt vilka patienter som befinner sig på avdelningen just då.

Modellen tittar på hur allt samverkar på avdelningen och hur patienter och personal hanterar de jobbiga situationerna som uppstår. Tanken är att modellen ska kunna användas för att se olika problem på avdelningen och ta fram bra åtgärder.

Nyligen har Bowers et al. (2014) utvecklat en modell för att förklara de stora skillnader i bruk av olika åtgärder som syftar till att hindra självskadehandlingar som kan observeras i slutenvårdspsykiatrisk vård. Denna modell kallas safewards och anlägger ett systemiskt perspektiv på den psykiatriska avdelningen (figur 1).



Figur 1. Anpassad safewardsmodell (efter Bowers 2014).

Utgångspunkten är att psykiatriska avdelningar utgör en social och fysisk miljö som är särskild från patientens normala situation och där vård bedrivs, delvis frivilligt, delvis under tvång, se "den psykiatriska mottagningen" i modellen. Denna förutsättning innebär att det i vårdsituation kan uppstå situationer där patientens, eller andras, säkerhet hotas – exempelvis genom våld, självskadebeteenden, avvikanden etc. Sådana situationer benämns utifrån modellen som "konflikter". Dessa kommer i sin tur bemötas av personalen genom "hindrandeåtgärder". Dessa innefattar alla åtgärder som personal gör för att hindra, eller minimera, skadliga utfall av patienters beteende, exempelvis tvångsmedicinering, avskiljning etc.

Konfliktsituationerna uppstår enligt modellen framförallt i vissa givna sociala och psykologiska situationer som förekommer i arbetet på en avdelning. Dessa situationer benämns "oroshärdar". De oroshärdar som signalerar eller föregår konfliktsituationer är vanligen återkommande – och därmed delvis förutsägbara.

Framför allt två faktorer påverkar hur konflikt-situationer kommer till uttryck och hur hindrande-strategier används av personalen:

- "personalfaktorer", dvs. aspekter av hur personalen, enskilt eller som grupp, agerar i relation till vårdsituationen och patienterna, exempelvis användandet av arbetsmetoder för att minska patienters oro

- "patientfaktorer", dvs. sätt på vilka patienter agerar i relation till varandra, och till personalen, exempelvis sociala smittoeffekter och aggression mot medpatienter.

Syftet med modellen är att generera åtgärder som kan minska risken för konflikter bland patienterna och därmed personalens behov av hindrande-åtgärder. Tabell 2 sammanfattar och exemplifierar typiska oroshärdar och viktiga aspekter som inverkar på hur dessa oroshärdar kan ta sig uttryck inom sex olika domäner. Modellen kan alltså användas både för att identifiera potentiella risk-situationer och åtgärder som kan vidtas för att hantera dessa i heldygnsvården.

När Bowers et al. (2014) sammanfattar evidensstödet för Safewardsmodellen konstaterar de att även om det finns visst stöd för enskilda aspekter av modellen, så är bevisstödet svagt både för modellen som helhet och för flera specifika delar av den. Denna omständighet är dock typisk för forskningsområdet, där det råder stor brist på kontrollerade studier och där beskrivande studier har varit dominerande.

Safewardsmodellen tar ett intressant helhetsgrepp på heldygnsvårdssituationen och har integrerat de tillgängliga forskningsfynd som finns på området. Den skulle därmed kunna fungera som en bra utgångspunkt för verksamhetens förändringsarbete, exempelvis genom att identifiera lokala utvecklingsprojekt med utgångspunkt i modellen.

Tabell 2. Sammanfattning av domäner, oroshårdar och faktorer som inverkar på oroshårdar utifrån Safewardsmodellen.

DOMÄN	BESKRIVNING AV DOMÄN	EXEMPEL PÅ VANLIGA OROSHÅRDAR	PERSONAL- OCH PATIENTFAKTORER SOM KAN INVERKA PÅ OROSHÅRDAR INOM DOMÄNEN
Personalgruppen	<p>Avser den inre strukturen (dagliga, veckoregelbundna rutiner och aktiviteter) på avdelningen. Inkluderar också den övergripande vårdideologin (inkl. avdelningens/vårdens syfte) och omsättningen av denna i praktiken. Berör också åtgärder och rutiner för att hantera när patienter uppträder på ett sätt som är inkompatibelt med vården.</p>	<p>Nekande av patienters begäran (ex. att få gå ut).</p> <p>Personalens gränssättning och krav på patienters uppträdande (ex. att inte skrika, att vänta i kö).</p> <p>Förmedlande av dåliga nyheter (ex. kring beslut fattat av någon annan).</p> <p>Personalen förbiser eller ignorerar patienter begäran/behov av hjälp/stöd (ex. uppmärksammar inte patientens illabefinnande).</p>	<p>Personalens orosnivå/frustration (inkl. personalens förmåga att reglera dessa nivåer).</p> <p>Personalens moraliska övertygelser och moraliska agerande.</p> <p>Psykologisk förståelse för patientens svårigheter och agerande baserad på vedertagen fackkunskap.</p> <p>Lagarbete och kollegialt stöd (att reglera och ventilerar känslor), samt konsistens i agerande och tillämpande av rutiner över olika patienter.</p> <p>"Teknisk färdigheter" i form av sociala och interpersonella färdigheter och strategier att hantera då patienter konfronterar strukturer och rutiner (ex. att deskalera en konfliktsituation).</p> <p>Genuin uppskattning av patienter och umgänget med patienter.</p>
Fysiska miljön	<p>Avser delar och helheten av den fysiska miljön på en avdelning, ex. möblering, ordning och städning, rutiner kring låsning av dörrar osv.</p> <p>Snabba reparationer, allmän ordning, tilltalande miljöer, låsning av dörrar och rutiner kring hur personalen att kontrollera utrymmen kan ha betydelse för hindrandeåtgärder.</p>	<p>Patienter som är hemlighetsfulla.</p> <p>Utrymmen där patienter vistas ensamma.</p> <p>Patienten som överväldigas av den fysiska situationen.</p> <p>Patienten hindras från att lämna vårdinrättningen.</p>	<p>Omtänksam vaksamhet och frågvishet (se rubrik 4.2.3).</p> <p>Kontrollrutiner.</p> <p>Skick och underhåll av inredning/inventarier.</p> <p>Allmän ordning och städning.</p> <p>Valmöjligheter.</p> <p>Respekt.</p>
Utanför avdelningen	<p>Avser sådant som händer utanför avdelningen och som påverkar patienter, exempelvis finansiella frågor (ersättningar, skulder), händelser i patientens familj. Kontakter med andra vårdgivare eller myndigheter.</p>	<p>Patienten erhåller/meddelas dåliga nyheter.</p> <p>Kriser hemmavid.</p> <p>Patienten förlorar relationer eller boende som följd av sin inläggning.</p> <p>Konflikter.</p>	<p>Samverkan med familjen/hemmiljön.</p> <p>Familjeterapi.</p> <p>Stöd i arbetet med hemmiljön.</p>

Fortsättning tabell 2. Sammanfattning av domäner, oroshårdar och faktorer som inverkar på oroshårdar utifrån Safewardsmodellen.

DOMÄN	BESKRIVNING AV DOMÄN	EXEMPEL PÅ VANLIGA OROSHÅRDAR	PERSONAL- OCH PATIENTFAKTORER SOM KAN INVERKA PÅ OROSHÅRDAR INOM DOMÄNEN
Patient-gemenskapen	<p>Avser hur interaktioner mellan patienter på avdelningen kan bidra till konflikt- och hindrandeåtgärder.</p> <p>Åtgärder kring patientinformation, konfliktlösning, modellinläring och personalnärvaro kan ha betydelse.</p>	<p>Samlingar/aktiviteter.</p> <p>Köande/väntande/ljudnivå.</p> <p>Personalskiftsbyten.</p> <p>Översitteri/kränkningar/stölder/otrygghet.</p>	<p>Förklaringar/information.</p> <p>Förebildsmannaskap.</p> <p>Patientutbildning.</p> <p>Borttagande av tillvägagångssätt.</p> <p>Närvaro.</p> <p>(Patientfaktorer).</p> <p>Ångesthantering.</p> <p>Ömsesidigt stöd.</p> <p>Moraliska åtaganden.</p> <p>Psykologisk förståelse.</p> <p>Tekniska färdigheter.</p>
Patient-karaktäristika	<p>Avser patient, eller patientgrupps-specifika faktorer som kan relateras till förekomsten av konflikt- och hindrandeåtgärder.</p> <p>Demografiska aspekter (yngre ålder, kön) är aspekter som kan relateras till denna dimension, liksom patienternas psykiatriska problembild.</p>	<p>Tilltagande eller redan omfattande upplevda psykiatriska symptom.</p> <p>Patienters frihet eller oberoende behöver inskränkas (patienten vet inte sitt eget bästa).</p>	<p>Medicinering.</p> <p>Psykoterapi och funktionell analys.</p> <p>Omvårdnad, stöd.</p>
Regelverk och organisationsstrukturer	<p>Avser lagstiftning, regelverk och interna riktlinjer som har implikationer för hur vården på en avdelning är organiserad.</p> <p>Rättssäkerhetsaspekter (överklaganden), patienträttighetsfrågor och åtgärder för att främja autonomi och möjligheten att påverka den egna vårdsituationen har betydelse.</p>	<p>Frihetsberövande.</p> <p>Inläggning, nekade överklaganden.</p> <p>Nedlagda anmälningar.</p> <p>Tvångsvård.</p> <p>Vägras frigång.</p>	<p>Rättssäkra processer.</p> <p>Respekt för regelverk och rättigheter.</p> <p>Information.</p> <p>Stöd i rättsprocesser, överklaganden.</p> <p>Kompensatorisk autonomi.</p> <p>Konsekventa policyer.</p> <p>Flexibilitet.</p> <p>Respekt.</p>

4.2.3 SUCIDRISKMEDVETENHET HOS PERSONALEN – ATT VARA ”OMTÄNKSAMT VAKSAM OCH FRÅGVIS”

Lättläst sammanfattning

Hur ska personalen vara mot patienterna? En studie visade att självmordsförsök oftast hindras för att personalen upptäckt vad som hänt i tid. Att personalen är ”omtänksam, vaksam och frågvis” är viktigt för patienternas säkerhet. Det handlar om att man t.ex. följer efter en patient som är upprörd eller letar efter någon som inte syntes till på ett tag. Personalen måste jobba aktivt och behöver kunskaper och rutiner för hur man hanterar patienters olika signaler. Det måste finnas tillräckligt med personal på avdelningen så att någon av dem kan lämna rummet.

I en genomgång (Bowers et al. 2011) av registerdata kring alla självmordsförsök som genomförts (och förhindrats) inom slutenvårdspsykiatri i England och Wales under år 2009 undersöktes bland annat de åtgärder och rutiner som ledde till förhindrande av suicid, dvs. att ett suicidförsök avbröts eller hindrades för en patient som vårdades inlagd inom psykiatri. Sammanställningen visar att den stora majoriteten förhindrade suicid (81 procent – eller sammanlagt 189 fall) sker då personal upptäcker och hindrar händelsen. En mindre del förhindras genom att andra patienter eller andra personer hindrar händelsen eller larmar om den, eller genom att personen själv ångrar sig eller misslyckas i sitt försök.

I studien beskrivs det förhållningssätt hos personalen som leder till förhindrande av suicid som

”omtänksamt vaksamt och frågvis”. Det handlar alltså om ett aktivt och lyhört arbetssätt med syfte att förutse och snabbt uppmärksamma situationer då en patient redan har, eller kan komma att, skada sig själv. Det omtänksamt vaksamma och frågvisa förhållningssättet inkluderar sådana handlingar som: att följa efter/med en känslomässigt upprörd patient, att vara vaksam på patienters kommunikation (exempelvis om patienter inte svarar på tilltal), att lägga märke till och följa upp patienter som inte är närvarande (exempelvis om en patient lämnar gemensamhetsutrymmen), att vara uppmärksam mot misstänkta beteenden/handlingar, att vara uppmärksam på fysiska uttryck för illamående/illabefinnande (exempelvis tecken på förgiftning, blekhet), att uppmärksamma när någon tar lång tid på sig på toaletten och att reagera på och undersöka misstänkta ljud.

Det kan förefalla självklart att vårdpersonal alltid bör ha denna typ av förhållningssätt, särskilt då det har dokumenterat suicidpreventiv effekt. För att detta ska fungera väl i praktiken krävs dock minst två saker, dels kompetens och erfarenhet hos personalen att både känna igen och agera på dessa situationer, dels en tillräcklig personalbeläggning och förmåga till samordning mellan personal för att kunna lösa de ordinarie arbetsuppgifterna samtidigt som en omtänksam vaksamhet kan upprätthållas.

Andra sätt som i studien framkommer där personalen förhindrade suicid var rutinkontroller av olika lokaler på avdelningen (jämför intermittent observation), i samband med medicinronder och under andra dagliga aktiviteter på avdelningen. Följaktligen kan också väl genomarbetade rutiner för att kontrollera lokalerna på en avdelning och/eller patienterna där förhindra suicidhandlingar.

5. SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER

Lättläst sammanfattning

Den här rapporten konstaterar att det faktiskt finns kunskap som vi kan ta vara på när vi planerar och utformar slutenvården men att vi också behöver ta reda på mer.

Flera studier har visat att många av de åtgärder som idag används i slutenvården har svagt evidensstöd. Samtidigt är patienterna med självskadebeteende många och de har stort behov av bra behandling. Vi behöver mer kunskap om vilka insatser som fungerar bra, vad som verkligen hjälper. Vi behöver också teoretiska modeller så att vi kan jämföra olika avdelningar och titta på de olika faktorer som påverkar vården där.

Patienternas egenskaper och behov har såklart stor betydelse. Men även avdelningens förutsättningar. Vården påverkas av om personalgruppen har personer med olika sorters kompetens. Om de har bra utbildning om just självskadebeteende och tillräcklig bemanning. Det behövs tid till att ge t.ex. ett gott bemötande. Det är också bra om patienterna har en meningsfull sysselsättning när de vårdas på avdelning. Det behövs rutiner och uppmärksamhet från personalen om någon verkar må extra dåligt eller bete sig underligt. Att intermittent övervakning fungerar bättre än ständig övervakning kan kopplas till de negativa känslor som ofta förknippas med tvångsåtgärder, att inte få bestämma själv, att komma i konflikt med personalen. Det är positivt för både patienter, personal och medpatienter att lyckas undvika sådana "oroshärdar".

Den här rapporten är ett bidrag till ökat kunskapsstöd när det gäller självskadebeteende i slutenvården. Den kan inte ge några entydiga riktlinjer för hur vården ska utformas. Genom att konstatera och förhålla sig till svårigheterna i vården kan vi ta ytterligare steg på vägen mot en bättre slutenvård.

Syftet med denna rapport är att ge en överblick över kunskapsläget vad gäller insatser vid behandling av självskadande patienter i heldygnsvård – och uppslag till förändringsarbete inom psykiatriens heldygnsvård.

Jämfört med andra insatser vid självskadebeteende (exempelvis behandling i öppenvård) är heldygnsvården mindre väl definierad och utforskad i tidigare studier. Det finns dock en del internationell forskning, huvudsakligen av beskrivande slag eller med naturalistiska okontrollerade studiedesigner, som kan fungera som underlag för utvecklingen av vårdens arbetssätt.

Med hänsyn taget till det övergripande evidensläget är det dock rimligt att dels iakttä en försiktighet vid tillämpandet av olika åtgärder för att hantera självskadebeteende i heldygnsvård (inklusive de åtgärder som idag betraktas som redan vedertagna), samt att också utgå från systematiserad klinisk erfarenhet, exempelvis genom att se erkänt väl fungerande verksamheter som modeller för verksamhetsutveckling för andra enheter.

I litteraturen framstår England som det land där det både bedrivits mest forskning kring kvalitetsaspekter relaterat till självskadebeteende inom heldygnsvård, och där försök gjorts att syntetisera redan tillgänglig forskning på området. Sammantaget är tidigare forskning framför allt av naturalistisk karaktär och beskriver verksamheter, patientgrupper och åtgärder, ofta redovisas också enklare samband mellan olika studerade faktorer. Mycket få studier använder experimentell design. Följaktligen pekar detta på behovet av bättre designade studier, men en nödvändig förutsättning för att i framtiden kunna göra bättre studier kan också vara att tydligare beskriva teoretiska begrepp, mer konsekvent tillämpa modeller för vård (öka utvärderingsbarheten), och utifrån teoretiska modeller och antaganden generera testbara hypoteser att undersöka. Kort sagt behövs det antagligen både fler och bättre designade studier, för att kunna dra slutsatser om hur vården bör utformas.

Vad gäller karakteristiken för självskadebeteende i heldygnsvård är bilden som framkommer att beteendet är vanligt förekommande, och därmed bör förväntas i alla förekommande psykiatriska heldygnsvårdsmiljöer. Dessutom tycks de självskademetoder som används och dess orsaker (beteendets känsloreglerande funktion) likna dem som beskrivs i den bredare självskadelitteraturen.

Specifika skillnader för just heldygnsmiljön som lyfts fram är dels en större förekomst av suicidhandlingar eller självskadehandlingar med oklart syfte, dels att vissa aspekter av heldygnsvårdens utformning kan vara direkt relaterat till att patienter skadar sig (dvs. att självskadebeteendet formas delvis i denna vårdmiljö). Det är förstås svårt att slutgiltigt avgöra om denna effekt är primärt relaterad till vårdsituationen i sig eller om den helt eller delvis kan kopplas till en generellt svårare sjukdomsbild hos den patientgrupp som vårdas ineliggande. Oavsett vilket så pekar fynden på ett stort behov av bättre arbetssätt och strategier inom heldygnsvården för att hantera självskadebeteende.

De vanligaste åtgärder som inriktats mot att hantera självskadebeteende i heldygnsvård och som diskuterats i litteraturen är möjliga att sammanfatta under dessa breda rubriker:

- Observation/övervakning
- Avskiljning, manuellt eller mekaniskt hindrande
- Låsta avdelningar
- Självskade-/suicidkontrakt
- Tvångsmedicinering
- Avlägsnande av föremål som kan användas i självskadesyfte
- Olika verbala strategier
- Hot/bestraffning.

Dessa åtgärder är dock inte alltid tydligt beskrivna eller väl definierade. De olika åtgärderna har beskrivna för- och nackdelar, men gemensamt för samtliga (med möjligt undantag för intermittent observation) är att de måste anses ha oklar inverkan på patienters benägenhet att självskada, åtminstone i ett längre perspektiv. Det får därför

alltså anses oklart om åtgärderna egentligen är effektiva för att minska självskadebeteende.

Särskild hänsyn bör därför läggas vid de potentiellt negativa effekterna av dessa åtgärder och av patientens egen upplevelse av dem. För alla insatser som innebär ett inskränkande, direkt eller indirekt, av patientens frihet och självbestämmande tycks det föreligga risk både för att patienten ska uppleva det som negativt och att patientens problembeteenden därmed ska förvärras.

I litteraturen återfinns också både enskilda forskningsfynd och mer övergripande synsätt och arbetsmodeller som kan förklara skillnader i utfall mellan vid olika vårdavdelningar eller som lyfter fram viktiga kvalitetsindikatorer och framgångsfaktorer. I rapporten beskrivs slutsatsen från den stora City 128-studien, med omfattande datainsamling från 136 akutpsykiatriska avdelningar i England, och de rekommendationer som där framkom:

- Intermittent övervakning bör användas framför konstant övervakning
- Meningsfulla dagliga aktiviteter bör erbjudas ineliggande patienter fler än 8 ggr/vecka
- Vid personalsammansättningen bör hög och varierad kompetens eftersträvas.

Den sista av dessa rekommendationer kan vara värd att beakta när planering för personalrekrutering och fortlöpande kompetensutveckling för befintlig personal planeras inom verksamheterna.

Rapporten tar också upp den nyligen formulerade Safewards-modellen, där empiriska och teoretiska fynd från forskningen kring självskadebeteenden och andra problembeteenden i heldygnsvård, integrerats för att skapa ett begreppsligt ramverk för att resonera om de situationer ("oroshärdar") som ger upphov till säkerhetsriskerande patientbeteenden ("konflikt") och åtgärder från personalen syftande att hantera dessa risker ("hindrandeåtgärder"). Modellen diskuterar också sex domäner som inverkar på konflikt och hindrandeåtgärderna, faktorer relaterade till:

- personalgruppen
- den fysiska miljön på avdelningen
- händelser utanför avdelningen
- interaktioner mellan patienter
- patientrelaterade intra- eller interpersonella svårighet
- verksamhetens regelverk och organisationsstruktur

Modellen pekar på betydelsen av att i verksamhetsutvecklingsarbete fokusera dels på personalgruppens kompetens, arbetssätt och sammansättning, dels på yttre omständigheter, regler och rutiner som strukturerar den dagliga verksamheten. Modellen kan användas som en utgångspunkt för utformandet av ett kvalitetsförbättringsarbete vid enskilda avdelningar eller enheter.

Ett annat forskningsfynd av intresse är de genomgångar som gjorts kring förhindrade suicid inom slutenvården i England (Bowers, et al. 2011). Denna pekar på betydelsen av personalens arbetssätt för att upptäcka och hindra suicidförsök, genom att anlägga ett "omtänksamt vaksamt och frågvist" arbetssätt. Detta innebär dels att uppmärksamma och lägga märke till suicidrelaterade beteenden hos patienter, dels ett bemötande av patienten i dessa situationer som medger andra handlingsalternativ för patienten. Vissa fynd från genomgången pekar också på betydelsen av vissa rutiner i det dagliga arbetet på vårdavdelningen, exempelvis kontroll av lokalerna, rondering och kontroll av patienters närvaro.

En återkommande aspekt tycks vara personalgruppens sammansättning, särskilt personalens kompetensnivå men i viss utsträckning också sammansättningen av typer av kompetens och specialiseringsgrad vad gäller självskadeproblematik specifikt för att möta den aktuella patientgruppen behov.

Denna rapport pekar på svårigheten att på något entydigt och kortfattat sätt beskriva och sammanfatta hur heldygnsvård för personer med självskadebeteende bör vara utformad. Svårigheten ligger både i avsaknaden av evidens för olika metoders effektivitet och i komplexiteten i denna typ av vård (exempelvis i form av heterogenitet i patienters behov, variationer i vårdens syfte, avvägningar mellan olika syften och målsättningar med vården och avvägningar mellan olika patienters behov).

Rapporten pekar på stora problem vad gäller hur verkningsfulla flera av de tillvägagångssätt och vanligt förekommande metoder faktiskt är, samt belyser också att dessa åtgärder ofta uppfattas negativt av patienterna. Rapporten pekar också ut några områden dit relativt enkelt samt mer komplext förbättringsarbete kan riktas:

- Eftersträva att använda intermittent övervakning, snarare än konstant.
- Uppmuntra och skapa möjligheterna för mer meningsfulla aktiviteter inom heldygnsvården, särskilt om vårdtiden är lång.
- Öka personalens kompetens vad gäller självskadebeteende och bemötande av detta samt arbeta med rutiner vid enheten:
- Avdelningar eller verksamheter kan utgå från Safewards-modellen för att identifiera och arbeta med kvalitetsförbättringsområden.

6. REFERENSER

- Ahmed, A. G., & Lepnurm, M. (2001). Seclusion practice in a Canadian forensic psychiatric hospital. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(3), 303–309.
- Beasley, S. (1999). Deliberate self harm in medium security. *Nursing Management* (Harrow, London, England: 1994), 6(8), 29–33.
- Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 437–444.
- Bowers, L., Simpson, A., Alexander, J., Hackney, D., Nijman, H., Grange, A., & Warren, J. (2005). The nature and purpose of acute psychiatric wards: The tomkins acute ward study. *Journal of Mental Health*, 14(6), 625–635.
- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., ... Simpson, A. (2008). Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 395–401.
- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., ... Flood, C. (2007). The City 128 Study of Observations and Outcomes on Acute Psychiatric Wards. Report to the NHS SDO Programme. NHS SDO Programme, London
- Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B., & James, K. (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1459–1465. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.008
- Bowers, L., Simpson, A., & Alexander, J. (2003). Patient-staff conflict: results of a survey on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(7), 402–408.
- Breeze, J. A., & Repper, J. (1998). Struggling for control: the care experiences of 'difficult' patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1301–1311. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00842.x
- Burrow, S. (1992). The deliberate self-harming behaviour of patients within a British special hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 138–148.
- Carlén, P., & Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 257–265. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00475.x
- Chengappa, K. N., Ebeling, T., Kang, J. S., Levine, J., & Parepally, H. (1999). Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 477–484.
- Davidson, M. W., Wagner, W. G., & Range, L. M. (1995). Clinicians' Attitudes Toward No-Suicide Agreements. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(3), 410–414.
- Drew, B. L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 99–106. doi:10.1053/apnu.2001.23748
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140–149.
- Gerle, E., & Fischer, A. (2014). Så kan tvång undvikas i vården av självskadebeteende - Hur sex kvinnor utifrån sina erfarenheter av psykiatrisk vård tänker att tvång kan undvikas. Uppsats för yrkesexamina på avancerad nivå, Lunds universitet/Institutionen för psykologi
- Gunnell, D., Bennewith, T., Peters, A., & Hawton, K. (2005). The Epidemiology and Management of Self-Harm amongst Adults in England. *Journal of Public Health* (27), 67–73.
- Gournay, K., & Bowers, L. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a study of nursing issues in 31 cases. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 124–131.
- James, K., Stewart, D., & Bowers, L. (2012). Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 301–309.
- James, K., Bowers, L. & Van Der Merwe, M. (2011). Self-harm and attempted suicide in psychiatric inpatient care: a literature review. Institute of Psychiatry at the Maudsley.
- Joiner, T. E. (1999). The Clustering and Contagion of Suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 8(3), 89–92.
- Mannion, A. (2009). Self-harm in a dangerous and severely personality disordered population. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(2), 322–331.
- Nationella självskadeprojektet (2012). Behandling av självskadebeteende - en preliminär kunskapssammanställning. Hämtad via: <http://nationella-sjvalvskadeprojektet.se/om-projektet/kunskapsoversiktselfskadebeteende.html>
- Nationella självskadeprojektet (2014). Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin. Hämtad via: <http://nationellasjvalvskadeprojektet.se/download/18.144972a51495db7dbc84ba5/1419236772735/Rekommendationer+sj%C3%A4lvskadebeteende+dec2014.pdf>
- Nock, M. K. (2009). Why Do People Hurt Themselves?: New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83.
- O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 64–71.
- Parkes, J. (2003). The nature and management of aggressive incidents in a medium secure unit. *Medicine, Science, and the Law*, 43(1), 69–74.
- SBU:s upplysningstjänst (2015). Behandling av självskadebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård. Hämtad från: http://www.sbu.se/upload/upplysningstjanst/pdf_er/Behandling%20av%20sj%C3%A4lvskadebeteende%20inom%20psykiatrisk%20heldygnsv%C3%A5rd.pdf
- Socialdepartementet (2011). Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om ett handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/17/81/83/2928a0b8.pdf>
- Shugar, G. & Rehaluk, R. (1990.) Continuous observation for psychiatric inpatients: a critical evaluation, *Comprehensive Psychiatry*, vol. 1:48-55.
- Stewart, D., Bowers, L., & Warburton, F. (2009). Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 523–530.
- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A., & Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 211–217.
- Tobin, M.B. Lim L.C., Falkowski W.F. (1991) How do we manage violent behavior? *British Journal of Clinical and Social Psychiatry* Vol. 8, No. 1, pp. 12-18.
- Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 72–78.
- Åkerman, S. & Eriksson, T. (2011). Slutstation rättspsyk. Stockholm: Natur och kultur.

