



LUND UNIVERSITY

REKOMMENDATIONER FÖR INSATSER VID SJÄLVSKADEBETEENDE

Nationellt kvalitetsdokument för psykiatri

Westling, Sofie; Liljedahl, Sophie; Holmqvist Larsson, Mattias ; Parnén, Hannah ; Zetterqvist, Maria ; Ershammar, David

2015

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Westling, S., Liljedahl, S., Holmqvist Larsson, M., Parnén, H., Zetterqvist, M., & Ershammar, D. (2015). *REKOMMENDATIONER FÖR INSATSER VID SJÄLVSKADEBETEENDE: Nationellt kvalitetsdokument för psykiatri*. Nationella Självskadeprojektet .

Total number of authors:
6

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

REKOMMENDATIONER FÖR INSATSER VID SJÄLVSKADEBETEENDE

Nationellt kvalitetsdokument för psykiatri

REKOMMENDATIONER I KORTHET

REKOMMENDATION 1: Medkänsla, respekt och värdighet

Individer med självskadebeteende ska bemötas med medkänsla, respekt och värdighet. All personal, inom såväl vård som administration, skall ha specifika kunskaper för att i sitt uppträdande kunna förmedla detta. Detta gäller särskilt i situationer då individen anses utgöra en fara för sig själv.

REKOMMENDATION 2: Bedömning på akutmottagning

Individer som söker vård efter en självskadehandling ska få en bedömning av sin kroppsliga hälsa relaterat till skadan, sin psykiska hälsa, sociala omständigheter samt risk för återkommande självskadehandlingar och självmord.

REKOMMENDATION 3: Utredning

Individer med upprepat självskadebeteende ska erbjudas en utredning, utformad utifrån individens specifika situation. En förnyad utredning bör också initieras om erbjuden behandling inte gett resultat efter sex månader. Syftet med utredningen är planering av fortsatta insatser och behandling.

REKOMMENDATION 4: Riskhanteringsplan

Behandlaren och individen arbetar tillsammans fram en riskhanteringsplan som ska innehålla en beskrivning av sårbarhets- och skyddsfaktorer för framtida självskadebeteende samt en krisplan.

REKOMMENDATION 5: Information och överenskommelse om behandling

Behandlaren ska tillsammans med individen, och hos barn även vårdnadshavare, gå igenom innehållet i bedömningar samt styrkor och begränsningar med tillgängliga behandlingar. Med utgångspunkt från denna diskussion sluter individen och behandlaren tillsammans en överenskommelse om behandlingen. Samtycke att dela informationen med närstående ska efterfrågas och dokumenteras.

REKOMMENDATION 6: Behandling

Vårdgivaren ska erbjuda insatser och behandlingar som är strukturerade för självskadebeteende samt behandling för eventuell samsjuklighet. Behandlingseffekten bör systematiskt utvärderas.

REKOMMENDATION 7: Kontinuitet och samarbete

För individer som har behov av insatser från flera huvudmän bör en kontaktperson utses som är huvudansvarig för att samordna insatserna och som tillsammans med individen och för barn vårdnadshavare, gör upp en plan för tillfällen då vården överförs mellan två enheter.

Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende – Nationellt kvalitetsdokument för psykiatri är utarbetade av Nationella Självskadeprojektet och fastställda av styrgruppen 2014-11-17

2015-01-16 ställde sig SKL:s nationella nätverk för ledning och styrning bakom dokumentet.

Andra upplagan med reviderat innehåll färdigställdes mars 2016.

ISBN-nummer: 978-91-981929-8-8

REKOMMENDATIONER FÖR INSATSER VID SJÄLVSKADEBETEENDE

Nationellt kvalitetsdokument för psykiatri

NATIONELLT KVALITETSDOKUMENT

Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende är framarbetade inom ramen för Nationella självskadeprojektet som på uppdrag av regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) utvecklat och samordnat kunskap kring självskadebeteende generellt och psykiatrins insatser specifikt. Dokumentet är antaget av projektets styrgrupp, representanter från brukar-, anhörig- och intresseorganisationer samt SKL:s nationella nätverk för ledning och styrning.

Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende sammanfattar aktuell kunskap om effektiva insatser inom specialistpsykiatri och baseras på aktuell forskning. I de fall då tillräcklig forskning saknas och konsensus funnits i programgruppen, baseras rekommendationerna på klinisk erfarenhet och erfarenheter från personer med egen erfarenhet av självskadebeteende. Dokumentet uppdateras regelbundet och kompletteras med nyare rön samt redigeras med tanke på att öka användbarheten.

Behovet av att arbeta utifrån en gemensam kunskapsbas är stort. Dokumentet ska bidra till en likvärdig vård över landet. Rekommendationerna utgör stommen för den vård som psykiatri bör erbjuda personer med självskadebeteende. De implementeras lokalt och kompletteras med regionala planer/riktlinjer som specificerar hur rekommendationerna ska uppfyllas i den kliniska vardagen.

Detta dokument har genomgående fokus på individen med självskadebeteende och tydliggör behov av rätt bemötande, riktad behandling, samordning och kontinuitet. Stommen utgörs av sju rekommendationer som till stor del utgår från NICE Quality Standards for Self harm (NICE, 2013) som sedan har kompletterats och anpassats till svenska förhållanden. Dokumentet syftar till:

- Att vara ett beslutsstöd för ledningen inom den specialiserade psykiatri vid utvecklingsinsatser för bättre vård.
- Att verka för en likvärdighet i landet vad gäller vårdutbud och kvalitet.
- Att stödja medarbetare inom psykiatri i det dagliga arbetet.
- Att stödja individer som söker vård genom att ge kunskap om vad som kan efterfrågas.

Programgruppen

Dokumentet är framtaget av en brett sammansatt grupp.

- Sofie Westling, med. dr., överläkare, Region Skåne, ordförande i programgruppen.
- Sophie Liljedahl, fil.dr., forskare och föreläsare, Lunds Universitet.
- Mattias Holmqvist Larsson, doktorand, psykolog, Region Östergötland.
- Hannah Parnén, projektledare, SHEDO.
- Maria Zetterqvist, fil.dr., psykolog, Region Östergötland.
- David Ershammar, socionom, projektledare Nationella självskadeprojektet, Södra noden.

En utvecklingsgrupp har bidragit i framtagandet av underlag och har löpande gett förslag på tillägg och revideringar: Silke Meyer, psykiater, Blekinge, Ullacarin Nilsson Holmström, psykoterapeut, Halland, Natalie Petterson, behandlingspedagog, Kronoberg, Ingrid Plantin, skolhälsovårdsöverläkare. Lars Gunnar Lundh, professor, Lunds universitet har bidragit med viktiga synpunkter. Stefan Bergström som var projektledare för Nationella självskadeprojektet fram till oktober 2013 tog initiativ till arbetet.

En lista på personer som granskat dokumentet och deltagit i remissförfarandet 2014 finns i Appendix IV. Dokumentet har genomgått en mindre uppdatering under februari 2016. Det finns tillgängligt via Nationella självskadeprojektets kunskapsportal <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se>. Där finns också bland annat en webbutbildning som ger praktisk kunskap kring hur rekommendationerna kan uppfyllas, fördjupad kunskap om bemötande, behandling, utredning i öppen- respektive heldygnsvård.

Dokumentets disposition och sammanhang

Del 1 innehåller de sju rekommendationerna, redogörelse för dess kunskapsbas samt vägledning hur rekommendationen kan omsättas i klinisk verksamhet. Del 2 är en introduktion till området och tar bland annat upp definitioner, självskadebeteendets funktion, prevalens och riskfaktorer. Appendix II är ett ramverk för implementering och uppföljning av rekommendationerna. Detta ramverk består av processer. Processer är rutiner eller insatser som ska stödja verksamheten och medarbetarna att uppfylla rekommendationerna. Det innehåller även utvärderingsmått eller indikatorer. Dessa ger en bild av i vilken grad verksamheten arbetar enligt rekommendationerna eller om det finns tillräckligt med processer som stödjer implementeringen.

INNEHÅLL

INLEDNING	7	Att skapa ett samarbete.....	25
REKOMMENDATIONER	8	Psyko­te­ra­peu­ti­ska me­to­der.....	26
REKOMMENDATION 1:		Högspecialiserat konsultationsteam.....	29
Medkänsla, respekt och värdighet.....	9	Psykiatrisk heldygnsvård.....	29
Bemötande som kan hjälpa.....	10	Tvångsvård.....	30
Att inte förstärka destruktiva beteenden.....	11	Grupper som kan kräva särskilda insatser.....	31
Närstående och bemötande.....	12	Behandlingsutvärdering.....	31
REKOMMENDATION 2:		REKOMMENDATION 7:	
Bedömning på akutmottagning.....	14	Kontinuitet och samarbete.....	30
Kirurgisk/medicinsk akutmottagning.....	14	Övergång från barnpsykiatrisk till	
Psykiatrisk akutmottagning.....	15	vuxenpsykiatrisk mottagning.....	32
REKOMMENDATION 3:		Utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård.....	32
Utredning.....	16	Samordnad individuell plan.....	32
Psykosocial bedömning.....	16	Boende.....	33
Fördjupad beskrivning av självskadebeteendet.....	16	Case-management.....	33
Självskattingsformulär.....	17	Utskrivning från behandlingshem.....	33
Diagnostik.....	18	Förebyggande och tidiga insatser.....	33
REKOMMENDATION 4:		Områden att utveckla kunskap och	
Riskhanteringsplan.....	19	metoder kring.....	34
Riskfaktorer.....	19	OM SJÄLVSKADEBETEENDE	35
Skyddsfaktorer.....	20	Definitioner.....	36
Riskvärderingsinstrument och skattningsskalor.....	20	Att förstå självskadebeteende.....	37
Vad ska riskhanteringsplanen innehålla?.....	20	Riskfaktorer.....	38
Krisplan.....	20	Förekomst.....	38
REKOMMENDATION 5:		I psykiatrisk vård.....	38
Information och överenskommelse om behandling....	21	I befolkningen.....	39
Vårdplan.....	21	Könsskillnader.....	40
Personer som säger nej till behandling.....	22	Självskadebeteende och internetanvändande.....	40
REKOMMENDATION 6:		Rekommenderad litteratur.....	41
Behandling.....	23	APPENDIX	42
Allmänpsykiatriska interventioner riktade		Appendix I: Rekommendationer.....	43
mot självskadebeteende.....	23	Appendix II: Stöd för implementering.....	44
Närstående.....	24	Appendix III: Vetenskapligt underlag.....	46
Information till individen som söker vård		Appendix IV: Remissgrupp och revisionsprocess.....	47
och dennes närstående.....	24	REFERENSER	48

INLEDNING

Självskadebeteende kan förekomma vid alla former av psykiatrisk sjukdom såväl som hos individer utan andra symtom på psykisk ohälsa (Bjärehed et al., 2012; Odelius & Ramklint, 2014). Det förekommer i alla åldrar men är vanligast hos ungdomar och unga vuxna (Swannell et al., 2014). Från att tidigare ha betraktats som enbart ett uttryck för allvarlig psykisk störning vet vi idag att en stor del av ungdomarna i en vanlig svensk högstadielklass någon gång provat att skada sig utan att de haft några andra symtom på psykisk ohälsa (Bjärehed et al., 2012). Den kliniska bilden är således mycket varierad. Inom psykiatrin har självskadebeteende visat sig vara mycket vanligare än vad som tidigare varit känt. En prevalensstudie visade att nästan hälften av individerna som hade kontakt med psykiatrin skadat sig under det senaste halvåret. Inom barn- och ungdomspsykiatrin var förekomsten ännu mer uttalad (Odelius & Ramklint, 2014).

Internationellt pågår en diskussion om hur självskadebeteende ska definieras där en stor fråga är om skillnad ska göras på självskada med och utan självmordsavsikt. I Sverige har begreppet självskadebeteende traditionellt använts för att beskriva handlingar som skadar eller riskerar att skada den egna kroppen. Enstaka handlingar kan beskrivas som självmordsförsök om intentionen varit att dö medan upprepade handlingar i syfte att skada sig själv ofta beskrivs som självskadebeteende utan att självmordsavsikten specificeras. I följande dokument används en bred definition av självskadebeteende som inkluderar allt från beteenden i självskadande syfte helt utan självmordsavsikt, som till exempel att riva sig själv, till beteenden där det uttalade syftet har varit att ta sitt liv.

För omgivningen kan självskadebeteende vara svårt att förstå. Varför väljer en individ att skada sig själv? För såväl individer med självskadebeteende som deras närstående är detta ofta förknippat med skuld och skam och sprunget ur en stor smärta (Ferrey et al., 2016; Klonsky, 2007). All vårdpersonal måste bära med sig kunskap och medvetenhet om detta i bedömning och behandling, för att inte gå miste om information som kan vara betydelsebärande för ett gott behandlingsresultat och en effektiv vård. Av denna anledning inleds dokumentet med en rekommendation om medkänsla, respekt och värdighet som bedöms vara central för att vården ska fungera. Det är författarnas uppfattning att även de mest avancerade behandlingar som finns tillgängliga inte kommer att vara effektiva om medkänsla, respekt och värdighet saknas.

Den första delen av dokumentet är uppbyggt kring sju rekommendationer som i huvudsak är hämtade från NICE Quality Standards for Self harm (NICE, 2013), översatta och anpassade till svenska förhållanden. Rekommendationerna utgör stommen för den vård som psykiatrin bör erbjuda personer med självskadebeteende. Efter varje rekommendation finns en text som förklarar hur rekommendationen omsätts i klinisk verksamhet.

REKOMMENDATIONER

REKOMMENDATION 1:

Medkänsla, respekt och värdighet

Individer med självskadebeteende ska bemötas med medkänsla, respekt och värdighet. All personal, inom såväl vård som administration, skall ha specifika kunskaper för att i sitt uppträdande kunna förmedla detta. Detta gäller särskilt i situationer då individen anses utgöra en fara för sig själv.

Det finns systematiskt inhämtad kunskap om att personer med självskadebeteende känt sig illa bemötta av såväl familj och vänner som personal inom vården (Baker & Fortune, 2008; Lindgren, 2011; Eriksson & Åkerman, 2012; SBU, 2015a). De kan uppleva att deras lidande många gånger förminskas eller att självskadebeteendet ignoreras. Det framhålls i Eriksson och Åkermans undersökning som särskilt viktigt att "bli sedd som en unik människa och inte som en diagnos eller ett beteende, samt att personal lyssnar till och visar genuint intresse och välvilja" (sidorna 2–3).

Behandlare kan ha svårt att hitta ett fungerande förhållningssätt i bemötandet av personen med självskadebeteende. I en översikt av totalt 74 internationella studier undersöktes behandlingspersonalens attityder gentemot personer med självskadebeteende (Saunders et al., 2012). Där framkom bland annat att en betydande del av vårdpersonalen tyckte att arbete med personer med självskadebeteende är känslomässigt svårt och att det många gånger skapar ångest och frustration. Mest negativa attityder fanns hos läkare och framförallt mot de individer som skadade sig själva upprepade gånger. Sammantaget verkar det många gånger vara svårt för behandlingspersonal att förbli öppna och icke-dömande, trots empati för individen med självskadebeteende.

Det finns några exempel inom forskningslitteraturen på attityder och beteenden som verkar vara negativa för hur bemötandet upplevs. Att se självskadebeteendet som manipulerande beteende har rapporterats som stigmatiserande (Nehls, 1999). Breeze & Repper (1998) fann i en kvalitativ studie tydliga problem med bemötandet av personer som personalen uppfattar som "svåra". I de mötena finns en risk att personalen försöker kontrollera och därmed riskerar att begränsa dennes autonomi och känsla av egenmakt.

En person som är känslomässigt dysreglerad har i regel svårare att läsa av andra människor (Sharp et al., 2011). Känslomässig dysreglering föreligger oftast vid självskadebeteende och personer med upprepat självskadebeteende har ofta genomgripande svårigheter med känsloreglering. Det innebär att personer med självskadebeteende kan ha svårt att uppfatta vad personalen faktiskt försöker signalera. Detta bör ses som en anledning att vara tydligare i kommunikationen när man som personal bemöter personer med självskadebeteende. Dessutom framkommer i forskningsresultat som presenterats ovan i detta kapitel att självskadebeteende väcker starka känslor även hos personalen. Personal som i mötet med individer med självskadebeteende blir känslomässigt dysreglerade har sannolikt svårt att läsa av och att bemöta den vårdsökande på ett lika gott sätt som de hade gjort om de varit känslomässigt reglerade.

Alla människor önskar och mår väl av ett gott bemötande. För personer med självskadebeteende är det avgörande för behandlingsutfall och prognos (NICE, 2011; SBU, 2015a). Om vårdpersonal inte ger ett gott bemötande riskerar individer med självskadebeteende att dra sig undan från sjukvården. Uttalat negativt bemötande kan leda till iatrogena skador såsom förvärrat självskadebeteende eller minskad tilltro till vårdpersonal. Det finns flera studier som undersöker vad individer som söker vård generellt upplever som kvalitet i bemötandet. En litteraturöversikt (Denhov, 2007) visar hela panoramat av vilka typer av relationer som individerna upplever som hjälpande. En grundläggande aspekt är att som individ i relation till en behandlare känna sig lyssnad på, bli förstådd och att behandlaren uppfattas som engagerad. Bemötandet av personer med självskadebeteende är avgörande för en god vård.

Utbildning verkar kunna minska de negativa attityderna hos personalen (Saunders et al., 2012). Flera studier visar att formell utbildning i yrket och lång erfarenhet av att ha arbetat med personer med självskadebeteende inte påverkade graden av upplevd antipati (Dickinson & Hurley, 2012; Friedman et al., 2006). Däremot upplever personal med specifik utbildning om självskadebeteende mindre antipati jämfört med personal som saknade sådan utbildning (Crawford et al., 2003; Dickinson & Hurley, 2012; Friedman et al., 2006). McCann et al., (2006) har presenterat ett positivt samband mellan utbildning om självskadebeteende och mer omhändertagande beteenden från personalens sida.

Ökad kunskap om självskadebeteendens funktion är sannolikt en viktig faktor för hur utbildning om självskadebeteende kan minska personalens negativa uppfattningar och bidra till ett mer hjälpsamt bemötande. För personer som får behandling inom psykiatri är självskadebeteende många gånger ett kraftfullt sätt att hantera upplevelser som uppfattas som outhärdliga. Det är viktigt att ha med sig vetskapen om att självskadebeteende ofta är ett uttryck för att en person gör allt vad den för tillfället kan, för att stå ut med sina känslor.

Bemötande som kan hjälpa

Det är viktigt att alla behandlare (inklusive stöd-kontakter) som kommer i kontakt med personer med självskadebeteende får utbildning i förhållningssätt vid självskadebeteende. Återkoppling från personerna med självskadebeteende kan användas som mått på effektiviteten (NICE 2011; 2013).

Personer som arbetar med människor med självskadebeteende bör:

- Lyssna till personen och ställa frågor i syfte att förmedla sin vilja att försöka förstå dennes upplevelser.
- Sträva efter att utveckla en förtroendefull, stödjande relation (NICE, 2011).
- Vara medvetna om stigmatiseringen och diskrimineringen som kan vara förknippad med självskadebeteende, både i samhället och inom sjukvården (NICE, 2011).
- Utveckla ett icke-dömande förhållningssätt (NICE, 2011).
- Ha beredskap för att försöka behålla ett lyssnande, icke-dömande förhållningssätt även i "svåra" situationer.
- Försäkra sig om att personen med självskadebeteende, och hos minderåriga även vårdnads-havare, är fullt involverade i beslut som rör behandling och omvårdnad (NICE, 2011).
- Anpassa sin kommunikation språkligt och kulturellt till personen med självskadebeteende.
- Ta hänsyn till eventuell fysisk och psykisk funktionsnedsättning.
- Sträva efter att personen med självskadebeteende utvecklar sin autonomi och sitt oberoende i relation till psykiatrin, så mycket som möjligt (NICE, 2011).
- Upprätthålla behandlarkontinuitet i mesta möjliga mån (NICE, 2011).
- Försäkra sig om att information om aktuellt självskadebeteende kommuniceras på ett empatiskt sätt inom teamet (NICE, 2011).

Utifrån teori och behandlingstekniker hämtade främst från dialektisk beteendeterapi (DBT; Linehan, 1993) och mentaliseringsbaserad terapi (MBT; Bateman & Fonagy, 2004) föreslås att vårdpersonal bemöter självskadebeteende genom att försöka inta tre olika positioner parallellt:

ACCEPTERA DEN ANDRES REAKTIONER: GILTIGFÖRKLARA

- Bekräfta det lidande du uppfattar hos personen som skadat sig själv och intressera dig för hur det är att vara i den personens situation just nu.
- Fokusera på det du kan ha förståelse för och kan bekräfta, men bekräfta inte sådant du själv tycker är orimligt eller obegripligt.

Syfte: Att få personen att känna sig sedd och förstådd samt minska det känslomässiga påslaget.

ACCEPTERA EGNA REAKTIONER: SJÄLVREFLEKTERA

- Ta din egen upplevelse av situationen i beaktande. Beskriv exempelvis att du blir orolig eller rädd för att något allvarligt ska hända. Spegla vad du uppfattar/känner.
- Var tydlig och uppriktig utan att beskylla personen med självskadebeteende för dina känslomässiga reaktioner.

Syfte: Att genom att förmedla tydlighet och öppenhet (genuinitet) öka personens benägenhet att känna tillit.

FÖRÄNDRA: UPPMUNTRA NYA/ALTERNATIVA FÖRHÅLLNINGSSÄTT OCH BETEENDEN

- Rikta fokus mot nya och mer långsiktigt fungerande sätt att hantera känslor/relationer och ställ rimliga krav som du kan stötta personen och familjen i att klara – det går att ha ett intensivt lidande och hantera det på andra sätt än att skada sig själv.
- Den som skadat sig själv ska dock inte ändra sitt beteende på grund av att du tycker att beteendet är upprörande eller fel, utan utifrån egna motiv.

Syfte: Att bryta negativa beteendemönster och minska hopplöshetskänslor.

Att inte förstärka destruktiva beteenden

Det är viktigt att den som möter en person med självskadebeteende inte bidrar till att förstärka destruktiva beteenden. Sådana beteenden riskerar att öka i en miljö där en person får mycket stöd och omhändertagande när denne gör sig själv illa, men sällan får uppmärksamhet annars. Det är viktigt att vara medveten om att om man tvingar en individ att ändra sitt beteende genom att minska valfrihet och möjlighet till självbestämmande, leder detta oftare till att beteendet ökar än att det minskar.

GE UPPMÄRKSAMHET TILL ANDRA STRATEGIER

Det kan vara hjälpsamt att uttryckligen ge mer vård och omsorg när en person med självskadebeteende försöker eller klarar av att använda andra strategier än att skada sig och/eller ber om hjälp för att hantera sin situation. Fokus bör alltså ligga på att uppmärksamma och förstärka det som framstår som positivt för personen på lång sikt och som bedöms kunna leda till förändringar i riktning mot personens långsiktiga målsättningar. Detta förutsätter i regel grundläggande stabilitet i livet och förmåga att behålla goda relationer, vilket är svårt om negativa känslor ofta hanteras genom självskadebeteende. För att möjliggöra ett sådant förhållningssätt på en vårdavdelning krävs bland annat en hög personaltäthet och att personalen arbetar aktivt med sin tillgänglighet.

UNDVIKA SOCIAL SMITTA

För att undvika det som ibland kallas "social smitta" i miljöer där flera individer med självskadebeteende får vård samtidigt, är det bland annat viktigt att de som arbetar, till exempel på en avdelning, har en gemensam strategi för att personer med självskadebeteende ska känna sig lika behandlade oavsett aktuella självskador (Richardson et al., 2012). Personalen bör sträva efter en anda av sammanhållning och förtroende och redan inledningsvis förklara att alla har ett gemensamt ansvar för att skydda varandra från att påverkas negativt av eventuella självskadebeteenden. Man bör också uppmuntra individer som skadat sig att om möjligt

dölja skadorna och att inte prata med andra som får behandling om vare sig skadorna eller tankar på, sug efter eller metoder för att skada sig (Richardson et al., 2012). Detta sker lämpligen i ett sammanhang där man på ett icke-dömande sätt informerar om att det kan utgöra en trigger-situation för andra som kämpar med självskadebeteende. En effektiv metod hämtad från DBT är att uppmuntra diskussioner om "beteenden" snarare än specifika former av självskada som kan trigga andra (Linehan 1993). Till exempel kan man säga: "Igår när jag mådde dåligt kände jag verkligen för att använda mina gamla beteenden, men jag distraherade mig genom att titta på TV istället."

INTE IGNORERA

Självskadebeteendet ska dock inte ignoreras, det är i regel varken effektivt eller etiskt rimligt. Ett effektivt bemötande i detta avseende handlar alltså inte om att ignorera självskadebeteende genom att "släcka ut det" utan att istället försöka fokusera på att "belöna" personens adaptiva beteenden vad gäller till exempel reglering av känslor. Har vi fokus på att "belöna" i denna mening så kommer självskadebeteendet att hamna utanför fokus, men det ignoreras inte. Efter en självskadehandling bör uppmärksamheten så snart som möjligt styras från själva skadan till de händelser som föregick självskadan och vilken funktion beteendet fyllt.

I bemötandet av en person som skadat sig själv är det viktigt att minnas att beteendet många gånger är ett direkt eller indirekt uttryck för känslomässigt lidande. Det kan ibland vara ett rop på hjälp när tidigare försök till kommunikation inte fått gensvar. Att betrakta självskadebeteende som ett manipulativt beteende är inte effektivt utan förhindrar istället möjligheterna att förstå och kunna hjälpa den som skadat sig själv (läs mer om detta i Linehan, 1993; Nyquist Potter, 2006; Sharp et al., 2011).

Närstående och bemötande

Närståendes engagemang kan vara en viktig skyddande faktor. För barn är den avgörande. I stycket nedan betecknas även vårdnadshavare som närstående om inte annat specifikt anges.

Är personen med självskadebeteende myndig ska denne tillfrågas om den vill att de närstående ska få informeras och involveras, om det inte är uppenbart olämpligt (NICE, 2011). Med närstående syftar vi inte enbart på en partner eller vårdnadshavare utan det kan också var en vän, boendestödjure eller annan person som individen med självskadebeteende upplever som betydelsefull (NICE, 2011). Det kan vara klokt att berätta för individen med självskadebeteende att öppenhet om självskadebeteendet kan hjälpa de närstående med den oro de förmodligen känner. Forskning visar att det är vanligt att ungdomar inte berättar för någon om sitt självskadebeteende och föräldrars medvetenhet om självskadebeteende är avsevärt lägre än den faktiska prevalensen (Fortune et al., 2008). När barn/ungdomar har ett självskadebeteende är det viktigt att vårdnadshavare informeras, om det inte är uppenbart olämpligt (vv se stycket under rubrik Närstående under rekommendation: BEHANDLING). Vårdnadshavare kan inte ta sitt fulla föräldraansvar om de undanhålls viktig information om barnets mående. Att hålla ett barns självskadebeteende hemligt för vårdnadshavare är sällan hjälpsamt. Att vårdnadshavare får korrekt information om självskadebeteendet liksom stöd, kan underlätta för vårdnadshavaren att hjälpa sitt barn (Arbuthnott & Lewis, 2015).

Närstående kan hjälpa personen som har ett självskadebeteende att bli motiverad till behandling och att bättre tillgodogöra sig den (Arbuthnott & Lewis, 2015). För detta behövs att de närstående har förståelse och kunskap om självskadebeteende. I samtal med närstående bör man därför tillhandahålla skriftligt informationsmaterial tillsammans med muntlig information. Informationen bör omfatta en beskrivning av vad självskadebeteende är, råd om hur den närstående kan stödja personen med självskadebeteende och kontaktuppgifter för var de kan vända sig vid kris. Detta kan göras enskilt med närstående eller med personen med självskadebeteende och de närstående tillsammans, beroende på vad som anses lämpligt i det enskilda fallet.

Såväl föräldrar som syskon till personer med självskadebeteende beskriver upplevelser av stress, ångest och nedstämdhet även om de uttrycker hopp om att med stöd kunna hjälpa sina anhöriga (Ferrey et al., 2016). Därför ska närstående informeras om att de har rätt att få hjälp och bedömning av egen ohälsa, samt var de kan vända sig för att få en sådan bedömning (NICE, 2011). Tillfälle måste ges för närstående att ställa frågor.

Familjeband är ett specialiserat program med gruppundervisning för att lära ut färdigheter till familjemedlemmar till personer som får behandling med DBT. Programmet har utvecklats i USA (Hoffman et al., 2005) och översatts, anpassats och utvärderats under svenska förhållanden 2006/2007 (Lundh & Wångby, 2007). Den svenska manualen, med titeln *Familjeband*, har ytterligare

omarbetats för att ytterligare klargöra begrepp och behandlingsstruktur (Linnér et al., 2013). I Sverige ges *Familjeband* av terapeuter med utbildning i DBT (Lundh & Wångby, 2007).

Kommunen är enligt socialtjänstlagen skyldig att erbjuda olika former av stöd till närstående som vårdar sina nära. Vilken typ av stöd som erbjuds kan skilja lite mellan olika kommuner. Andra vägar till information är olika föreningar. SHEDO är en ideell förening för personer med självskadebeteende och deras närstående. De erbjuder bland annat tillsammans med Sensus studieförbund (www.sensus.se) en studiecirkel för närstående där de kan få kunskap och stöd. Det finns flera brukar- och närståendeargumentationer och de är organiserade inom Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH (www.nsph.se).

REKOMMENDATION 2:

Bedömning på akutmottagning

Individer som söker vård efter en självskadehandling ska få en bedömning av sin kroppsliga hälsa relaterat till skadan, sin psykiska hälsa, sociala omständigheter samt risk för återkommande självskadehandlingar och självmord.

När en individ söker vård efter en självskada kommer de ofta först till en kirurgisk eller medicinsk akutmottagning som sedan vid behov remitterar till den psykiatriska akutmottagningen. Nedan följer riktlinjer för bedömning och behandling, klinikövergripande och på respektive akutmottagning. Riktlinjerna är huvudsakligen hämtade från NICE (2004) och Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists (2003).

RESPEKT OCH FÖRSTÅELSE

Individer med självskadebeteende ska behandlas med samma omsorg, respekt och sekretess som andra individer. Utöver detta ska vårdpersonal ta hänsyn till den psykiska smärta som är förknippad med självskadebeteende.

UTBILDNING

Personal som kommer i kontakt med individer med självskadebeteende ska ha specifik utbildning om självskadebeteende. Detta inkluderar även vikarier och studenter – alla som på enheten kan komma i kontakt med en individ som söker hjälp.

Kirurgisk/medicinsk akutmottagning

TRIAGE

Alla individer som söker vård efter en självskadehandling själva ska bli erbjudna en psykosocial anamnes. Anamnesen ska syfta till att bedöma individens inställning till fortsatt utredning och

behandling, om det föreligger risk för självskador, självmord eller psykiatrisk sjukdom.

Om individen inte önskar psykosocial eller psykiatrisk behandling ska orsaken till detta aktivt efterfrågas. En bedömning ska göras om det föreligger omedelbar risk för självmord, allvarlig självskada eller misstanke om allvarlig psykiatrisk sjukdom. I sådana fall måste stora ansträngningar göras för att övertala personen att stanna för en psykiatrisk bedömning och den psykiatriska akutmottagningen ska kontaktas omgående. Om risken bedöms som låg föreligger ska individen erbjudas remiss till vårdcentral och får lämna akutmottagningen.

BEHANDLING

Individer som skadat sig själva ska erbjudas behandling för sina fysiska skador även om de inte önskar psykosocial eller psykiatrisk behandling. Adekvat smärtlindring ska ges i samband med suturering och andra smärtsamma behandlingar. Personalen ska ge fullständig information om olika behandlingsalternativ och anstränga sig så att personen som skadat sig kan ge informerat samtycke till behandling.

Om misstanke om psykiatrisk sjukdom eller risk för framtida självskadehandlingar framkommer ska remiss skickas till den psykiatriska akutmottagningen.

Psykiatrisk akutmottagning

BEDÖMNING AV BEHOV

Alla individer som skadat sig ska erbjudas bedömning av sociala och psykologiska faktorer som är relaterade till den aktuella självskadan, aktuell självmordsavsikt, känsla av hopplöshet samt en bedömning av eventuell psykiatrisk sjukdom och social situation. För barn inkluderar detta en bedömning av den aktuella familjesituationen. För individer som har barn inkluderar det en bedömning av barnens behov.

RISKBEDÖMNING/ RISKHANTERING

En riskbedömning ska göras för alla individer som söker vård för självskada och denna bedömning ska inbegripa kliniska och sociala riskfaktorer för framtida självskadebeteende och psykologiska faktorer som är associerade med ökad risk som till exempel nedstämdhet, känsla av hopplöshet och

fortsatt självmordsavsikt. Om det inte är uppenbart olämpligt ska närstående engageras i samtalet för att ge information och stöd i syfte att öka kvaliteten på riskbedömningen och att förbättra riskhanteringen då ökat stöd från närstående är en viktig skyddsfaktor som kan stärkas. Är personen inte myndig ska vårdnadshavare kontaktas och engageras i samtal och behandling såvida det inte är uppenbart olämpligt. I de fallen ska sociala myndigheter kontaktas.

PSYKOLOGISKA, PSYKOSOCIALA OCH FARMAKOLOGISKA INTERVENTIONER

Efter bedömningen av personen som skadat sig själv tas ställning till om och var remiss ska skickas för fortsatt behandling. Detta baseras på den sammantagna informationen som kommit fram och inte bara på det faktum att personen skadat sig själv.

REKOMMENDATION 3:

Utredning

Individer med upprepat självskadebeteende ska erbjudas en utredning utformad utifrån individens specifika situation. En förnyad utredning bör också initieras om erbjuden behandling inte gett resultat efter sex månader. Syftet med utredningen är planering av fortsatta insatser och behandling.

Utredning skräddarsys utifrån den information som framkommit vid tidigare bedömningar och i samråd med individen som söker vård, och för barn även vårdnadshavare. Den kan med fördel initieras i samband med att kontakt upprättas på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning men kan också initieras eller upprepas om insatt behandling inte har väntad effekt eller ny information framkommer. Utredningen syftar till att kartlägga underliggande psykiatrisk sjukdom eller funktionsnedsättning samt personens sociala sammanhang och den kontext självskadebeteendet förekommer i. Nedan följer förslag på vad som bör ingå i en utredning av en individ med självskadebeteende.

Psykosocial bedömning

Forskning har också visat att individer med självskadebeteende är en särskilt utsatt och problemtyngd grupp med bland annat ökad förekomst av psykiska problem, ensamhet, minskat stöd, fler konflikter i familjen och fysiska övergrepp (Hamza et al., 2012).

Det är en förutsättning för god vård att självskadebeteendet ses i sitt sammanhang. Hela individens livssituation behöver kartläggas och risk- och skyddsfaktorer identifieras. En psykosocial bedömning av en person med självskadebeteende bör omfatta genomgång av:

- Sociala förhållanden.
- För barn och ungdomar: bedömning av familjens situation.

- Funktionsförmåga psykosocialt, i arbete eller skola samt sårbarheter relaterat till detta (eventuellt med stöd från WHODAS 2.0, (World Health Organization: WHO, 2010, Socialstyrelsen & WHO, 2015). Vid behov även utredning av begåvningsnivå.
- Aktuella svårigheter i livet inklusive personliga och ekonomiska problem.
- Färdigheter, styrkor och tillgångar.
- Eventuella barns behov.
- Kartläggning av tidigare vårderfarenheter.

Fördjupad beskrivning av självskadebeteendet

Kliniska erfarenheter talar för att självskadebeteende har en tendens att ändra form och funktion över tid. Det är därför viktigt att ha förståelse för alla former av självskadebeteende, såväl direkta som indirekta. Vissa beteenden, som till exempel missbruk eller sexuell självexploatering, är mindre socialt accepterade än andra och riskerar att underrapporteras. Därför är det viktigt att systematiskt och på ett icke-dömande sätt efterfråga olika typer av självskadebeteenden inklusive vilken funktion de fyller. Förekomst av självskadebeteende ska undersökas både vid inledningen av en behandling och så fort ett självskadebeteende verkar minska i omfattning, för att vara säker på att ett självskadebeteende inte har ersatts av ett annat. Om detta inte görs kan individens psykiska hälsa felbedömas.

Följande frågor kan vara till hjälp för planering av fortsatt behandling:

HISTORIA, METODER OCH OMFATTNING

- När debuterade självskadebeteendet?
- Hur ofta skadar sig personen?
- Vilka självskademetoder används?
- Var på kroppen skadar sig personen?
- Har självskadebeteendet förändrats över tid?

FUNKTION OCH KONSEKVENSN

- Vilken/vilka funktioner fyller självskadebeteendet? Har detta förändrats?
- Vilka positiva och negativa konsekvenser har självskadebeteendet?
- på känslotillstånd (reglerar och/eller genererar känslor?)
- på relationer (ökad närhet och stöd/minskade krav?)
- på kort respektive lång sikt.
- Vilken inverkan har självskadebeteendet på personens vardag?

KONTEXT OCH UTLÖSANDE FAKTORER

- Vad är det som vanligen kan utlösa självskadebeteendet?
- Vilka negativa tankar, känslor och/eller mellanmänniska svårigheter brukar föregå självskadebeteendet?
- Hur ser personens sårbarhet vid självskadetillfällen ut (exempelvis vad gäller mat och sömn)?
- Sker självskadebeteendet under påverkan av alkohol/droger?

INDIVIDENS RESURSER

- Hur har personen tidigare hanterat svåra situationer och starka känslor?
- Hur ser kommunikations- och problemlösningsförmåga ut?

SOCIALT STÖD

- Hur ser stödet ut (familj, närstående, vänner, skolpersonal, kollegor, boendestöd, kontaktperson, behandlare)?

PERSONENS OCH EVENTUELLA VÅRDNADSHAVARES EGNA TANKAR OM SJÄLVSKADEBETEENDET

- Hur ser personen själv på självskadebeteendet?
- Vilken behandling tror personen själv kan hjälpa?
- För barn – vad tror vårdnadshavare kan hjälpa?

Självskattingsformulär

Det finns ett antal validerade skattingsformulär som kan användas för att fördjupa bilden av självskadebeteendet. Nedan följer några exempel som används i Sverige.

- Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM; Lloyd et al., 1997) undersöker vilka metoder personen använt för att skada sig själv under senaste 12 månaderna, samt frekvens av beteendet och vilka funktioner det uppfyller för personen. Instrumentet bygger på litteratur om självskadadebeteende hos unga.
- Inventory of Statements About Self-injury (ISAS; Glenn & Klonsky, 2011; Klonsky & Glenn, 2009) mäter 13 olika funktioner av självskadebeteende och även frekvensen av 12 olika typer självskadebeteenden.
- Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI; Gratz, 2001) är ett självskattingsformulär som specifikt efterfrågar olika typer av avsiktlig självskada samt hur ofta de förekommit.
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004) är ett frågeformulär som mäter svårigheter med känsloreglering. Höga poäng indikerar större svårigheter. Då känsloreglering är ett mångfacetterat begrepp är skalan utformad för att täcka ett flertal faktorer inom områdena icke-acceptans, förmåga att följa målinriktat beteende, impuls kontroll, känslomässig medvetenhet, strategier för att reglera känslor och emotionell förståelse. DERS finns även validerad i en svensk kortversion, DERS-16 (Bjureberg et al., 2015).

Diagnostik

Sett till att närmre varannan individ som får vård inom psykiatrin har skadat sig själv det senaste halvåret (Odelius & Ramklint, 2014) är gruppen uttalat heterogen. Ytterligare något att beakta är att det är möjligt att borderline personlighetsyndrom är överdiagnostiserat hos personer med självskadebeteende eftersom det är den enda psykiatriska diagnos där självskadebeteende utgör ett av diagnoskriterierna (Glenn & Klonsky, 2013). Det är därför av stor vikt att göra en noggrann diagnostisk utredning för att adekvat behandling ska kunna erbjudas.

Non-Suicidal self-injury (icke-suicidalt självskadebeteende; NSSI) föreslogs utgöra egen diagnos i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5; American Psychiatric Association: APA, 2013). Vid publiceringen ingick den istället bland tillstånd som behöver studeras ytterligare tillsammans med Suicidal Behaviour Disorder som definierar suicidförsök (SBD) (DSM-5, APA, 2013). Det finns alltså ingen egen diagnos för självskadebeteende idag.

Självskadebeteendet kan utgöra en del av symtombilden vid till exempel depression, ångestproblematik, ätstörningar, personlighetsyndrom, bipolär sjukdom, ADHD, dissociation, posttraumatisk stress, autismspektrumstörning eller missbruk (Alley, 2014; Jacobson & Gould, 2007; Minshawi et al., 2014). För utredning av psykiatrisk samsjuklighet rekommenderas aktuella, strukturerade diagnostiska instrument och skattningsformulär. Vid misstanke om inlärningssvårigheter eller otillräckligt resultat av behandling kan utredning av begåvningsnivå vara av värde då en psykoterapeutisk insats kan behöva anpassas efter individens förutsättningar. En bedömning av funktionsnivån och insatser anpassade efter resultatet kan också vara avgörande för om en individ ska kunna tillgodogöra sig en behandling.

Hos personer med genomgripande störning i utvecklingen, som främst handläggs inom habiliteringen, kan det ibland förekomma en typ av repetitivt stereotypt självskadebeteende. Detta behöver särskiljas från det självskadebeteende som främst har känsloreglerande funktion, eftersom båda kan förekomma hos dessa individer (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

REKOMMENDATION 4:

Riskhanteringsplan

Behandlaren och individen arbetar tillsammans fram en riskhanteringsplan som ska innehålla en beskrivning av sårbarhets- och skyddsfaktorer för framtida självskadebeteende samt en krisplan.

Självskadebeteende är en riskfaktor för såväl fortsatt självskadebeteende som för självmordsförsök (Owens et al., 2002; Cooper et al., 2005; Wilkinson et al., 2011). Det är därför viktigt att bedöma risk för upptrappning, allvarlig skada och självmord för att ta ställning till hur akuta insatserna bör vara.

Det är svårt att göra en adekvat suicidriskbedömning och de riktlinjer som finns internationellt är inte samstämmiga (Bolton et al., 2015). Suicidriskbedömning bör göras utifrån en omsorgsfullt utvidgad anamnes med fokus på hur riskerna som framkommit kan hanteras (Runesson, 2015). Att fråga om tankar på självmord ökar inte sannolikheten att en individ agerar på dessa tankar. Tvärtom finns det forskning som talar för motsatsen (Bolton et al, 2015)

Behandlaren ska, tillsammans med personen med självskadebeteende, och för barn vårdnadshavare, identifiera specifika risk- och skyddsfaktorer som kan öka respektive minska riskerna förknippade med självskadebeteende (NICE, 2011). Tillsammans med vårdplanen utgör detta grunden för riskhanteringen. Individen, eventuella vårdnadshavare och behandlaren förvaltar gemensamt riskhanteringsplanen och det är viktigt att individen fullt ut förstår innehållet i riskhanteringsplanen och uppfattar krisplanen som genomförbar. Hos vuxna kan man om individen samtycker med fördel engagera närstående i upprättandet av planen. För minderåriga är engagemang av vårdnadshavare ett krav.

Riskfaktorer

Vid bedömning av risken för nya självskador eller självmord ska vårdgivaren tillsammans med individen med självskadebeteende identifiera individuella riskfaktorer med hänsyn till följande områden (NICE, 2011 samt författarnas kliniska erfarenhet):

- Metod och frekvens för aktuellt och tidigare självskadebeteende.
- Aktuell och tidigare självmordsavsikt.
- Graden av aktuell instabilitet exempelvis känslomässig obalans, icke-fungerande skolgång/arbete, pågående konflikter eller bristande rutiner.
- Depressiva symtom och hur dessa är relaterade till självskadebeteendet.
- Psykiatrisk sjukdom och hur den är relaterad till självskadebeteendet.
- Psykologiska och sociala omständigheter som föregår självskadebeteendet som negativa känslor eller förändringar i relationer.
- Specifika riskfaktorer gällande aktuellt och tidigare självskadebeteende (sociala, psykologiska och farmakologiska).
- Betydelsefulla relationer som kan innebära hot och leda till förändring av risken.
- Omedelbara såväl som långtidsrisker.

Skyddsfaktorer

- Copingförmåga: Hur ser förmågan att hantera emotionell instabilitet ut? Vilka strategier har individen använt sig av för att lyckas begränsa eller undvika självskadebeteende eller minska faktorer som utlöst självskadebeteendet? (NICE, 2011).
- Betydelsefulla relationer som kan fungera stödjande och minska risken för självskadebeteende, på så väl kort som lång sikt (NICE, 2011).
- Hopp inför framtiden; planer, drömmar i såväl nära framtid som långsiktigt (Linehan, 1999).
- Ansvar gentemot barn, familj eller andra, inklusive husdjur, som personen inte skulle överge (Linehan, 1999; Linehan et al., 2012).
- Beredskap att följa en krisplan med möjliga strategier för egenvård och kontaktväg för hjälp om dessa inte fungerar (Linehan, 1999).

Riskvärderingsinstrument och skattningsskalor

Strukturerade bedömningsinstrument eller skattningsskalor kan vara en god hjälp vid upptagandet av en suicidanamnes men ska inte ensamma utgöra underlaget för att förutsäga framtida risk för självskada eller självmord (NICE, 2004; 2011; SBU, 2015b). Då personer med självskadebeteende kan ha symtom som fluktuerar snabbt över tid ger skattningsskalor endast en ögonblicksbild som inte kan förutspå en eventuell risk för självmord ens inom en kort tidsram. De kan dock användas som stöd i anamnestagandet, och för träning av oerfaren personal, i syfte att samla information om risk- och skyddsfaktorer. Informationen ska då kompletteras med en omsorgsfullt utvidgad anamnes med fokus på hur riskerna som framkommit kan hanteras (Runesson, 2015).

Vad ska riskhanteringsplanen innehålla?

Det är viktigt att skapa en grundlig riskhanteringsplan som alla parter enas om. Den bör tas fram i början av behandlingen och uppdateras regelbundet. Riskhanteringsplaner ska beskriva exakt hur en kris ska hanteras i samband med självskada. I den ska framgå vad man kan göra, vem som kan kontaktas och hur stöd kan sökas.

En riskhanteringsplan ska vara en del av vårdplanen för såväl öppen som heldygnsvård och ska:

- Rikta sig mot såväl omedelbara risker som mot långsiktiga som framkommit i riskbedömningen.
- Rikta sig mot varje enskild riskfaktor som framkommit i riskbedömningen (såväl risker på lång sikt som akuta riskfaktorer) och mot specifika faktorer (psykologiska, farmakologiska och sociala) som är associerade med ökad risk, i syfte att minska risken för upprepat självskadebeteende och självmord.
- Det är viktigt att riskhanteringsplanen är förenlig med den långsiktiga behandlingsstrategin.

Personen ska informeras om regler för sekretess och att planen kan delas med andra vårdgivare.

Krisplan

Riskhanteringsplanen ska också innehålla en krisplan. Den ska framarbetas i samarbete mellan behandlaren, personen med självskadebeteende och för barn även vårdnadshavare. Alla inblandade behöver uttryckligen åta sig att följa krisplanen. Finns flera vårdgivare och huvudmän kan krisplanen med fördel vara gemensam. För att kunna använda krisplanen på effektivt sätt är det också viktigt att se till att den finns lättillgänglig för både personen med självskadebeteende och vårdpersonalen. Krisplanen ska innehålla överenskommelse om:

- Strategier för egenvård - andra beteenden/aktiviteter än självskadebeteende som kan hjälpa personen att hantera krisituationen på ett adaptivt sätt. De alternativa beteendena/aktiviteterna bör rangordnas utifrån var i ett krisförlopp de är lämpliga att använda.
- Hur personen akut får tillgång till hjälp när egenvård inte är tillräckligt.

Man bör i en krisplan vara försiktig med att lägga in alternativa beteenden till självskadebeteende som innebär att utföra handlingar som orsakar smärta. Det finns exempel på sådana tekniker i t ex DBT (Linehan, 2014; s 433–434, 442). Dessa tekniker bör endast användas i sammanhang där både individen med självskadebeteende och dennes behandlare förstår rationalen bakom handlingarna. Om inte så är fallet bör krisplanen endast innehålla egenvårdande handlingar som inte kan orsaka smärta (se Rekommendation Behandling).

REKOMMENDATION 5:

Information och överenskommelse om behandling

Behandlaren ska tillsammans med individen, och hos barn även vårdnadshavare, gå igenom innehållet i bedömningar samt styrkor och begränsningar med tillgängliga behandlingar. Med utgångspunkt från denna diskussion sluter individen och behandlaren tillsammans en överenskommelse om behandlingen. Samtycke att dela informationen med närstående ska efterfrågas och dokumenteras.

Patientlagen (Sveriges Riksdag, 2014) som trädde i kraft 1 januari 2015 syftar till att stärka individens ställning gentemot vården samt integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta ska ske genom att informationsplikten utökas, att det förtydligas att vård inte får ges utan individens samtycke och en utvidgning av möjligheten att få förnyad medicinsk bedömning. Vårdgivaren ska i enlighet med detta på ett språk anpassat för individen förklara resultatet av gjorda bedömningar. Den erbjudna behandlingen inklusive styrkor, begränsningar, väntetider och biverkningar ska beskrivas på ett sätt som inbjuder till dialog. Individen måste ha möjlighet att ställa frågor och diskutera de olika delarna som ingår i såväl bedömning som erbjuden behandling. Information ska också ges om eventuella alternativa behandlingar som bedöms vara verk samma. Strukturerade modeller som exempelvis delat beslutsfattande kan med fördel användas för att etablera denna dialog och samarbete. (Socialstyrelsen, 2012).

För individer med självskadebeteende är information och överenskommelse om behandling särskilt viktigt av två skäl. Det första är återkommande rapporter som talar för att individer med självskadebeteende upplever brister i bemötande från vårdpersonal. Delat beslutsfattande är en systematisk metod

som kan motverka detta. Det andra skälet är dessa individer utgör en heterogen grupp. Närmre hälften av alla individer som får psykiatrisk vård har skadat sig under det senaste halvåret (Odelius & Ramklint, 2014). Utifrån detta finns det anledning att anta att hela spektrumet av psykiatriska symptom och syndrom kan förekomma samtidigt som självskadebeteende. En individualiserad, skräddarsydd behandling är därför extra viktig.

Vårdplan

Den enskilde individens problem, styrkor, svagheter och livssituation utgör den plattform på vilken en vårdplan kan byggas. Planens värde ligger i de överenskommelser som kan göras och hållas. Detta kräver en lyhörd dialog. Behandlaren ska diskutera, enas om och dokumentera de långsiktiga målen med behandlingen tillsammans med individen som skadat sig. Möjliga mål kan vara att:

- Förebygga upptrappning av självskadebeteendet.
- Minska skador till följd av självskadebeteende eller minska eller upphöra med självskadebeteende.
- Minska eller upphöra med annat riskfyllt beteende.
- Förbättra funktion socialt, yrkesmässigt eller i studier.
- Öka livskvaliteten.
- Behandla andra psykiatriska sjukdomar.

Planeringen ska inledas så fort som möjligt och dokumenteras. Syftet med vårdplanen är att:

- Identifiera realistiska och optimistiska långtidsmål. Bärande relationer, studier eller arbete/sysselsättning är viktiga delar.
- Identifiera behandlingsmål (kopplade till långtidsmålen) och delmål för att uppfylla dessa. Detta kan till exempel röra sig om ökade rutiner, ökade positiva aktiviteter eller minskade konflikter.
- Identifiera roller och ansvarsfördelning inom vården respektive hos personen med självskadebeteende och eventuella vårdnadshavare.
- Innehålla en riskhanteringsplan (se Rekommendation Riskhanteringsplan).

Att skriva ut och erbjuda individen en kopia på vårdplanen även om den inte efterfrågas är ett bra sätt att skapa ett positivt samarbetsklimat. Om individen ger samtycke ska den delas med familj, vårdnadshavare, andra närstående och boendestöd eller personal som arbetar för andra huvudmän. Vårdplanen ska revideras efter en överenskommen tid, maximalt ett år.

Personer som säger nej till behandling

Människor som säger nej till rekommenderad behandling brukar ha giltiga skäl för sin ståndpunkt. Att förstå varför personen inte vill vara kvar inom vården kan ofta vara nyckeln till förändring. Vårdgivare som möter dessa personer måste snabbt bedöma om inställningen beror på en pågående kris eller på andra faktorer. Andra möjliga faktorer kan vara att individen tidigare blivit illa bemött av vården och en inledande åtgärd

är i sådana fall att arbeta aktivt för att återskapa ett förtroende. När en kris är uppenbar, bör vårdgivaren hjälpa personen att stabilisera sitt humör och tillstånd. När personen inte längre är i akut kris kan det vara bra att ha en diskussion om för- och nackdelar med behandling, samt vad som skulle krävas för att personen skulle bli villig att prova behandling. Det är ofta hjälpsamt att fokusera på långsiktiga snarare än kortsiktiga konsekvenser av självskadebeteendet. Om de kortsiktiga konsekvenserna ensidigt är i fokus kan det resultera i att personen inte finner motivation till att delta i behandling. Motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI) har föreslagits som en modell att använda i dessa situationer (Kress & Hoffman, 2008).

Om självskadebeteendet är av lindrig karaktär får man låta personen gå. Hos barn/ungdomar som vägrar delta i behandling finns möjlighet att fortsätta ge stöd till vårdnadshavare. Om självskadebeteendet är livshotande eller innebär risk för bestående men och personen motsätter sig behandling bör läkare tillkallas för ställningstagande till tvångsvård. Konvertering (alltså att ändra vårdformen från frivillig vård till tvångsvård) bör endast användas i nödfall. Individen ska i dessa fall omgående få information om vad tvångsvård innebär enligt de rutiner som finns beskrivna i Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Man bör också informera om hur individen kan göra för att vara i säkerhet utan att vårdas med tvång. En förklaring ska alltid erbjudas till varför tvångsvården ges så att den inte framstår som oförklarlig eller oförutsägbar vilket i sig minskar sannolikheten att individen söker vård igen.

REKOMMENDATION 6:

Behandling

Vårdgivaren ska erbjuda insatser och behandlingar som är strukturerade för självskadebeteende samt behandling för eventuell samsjuklighet. Behandlingseffekten bör systematiskt utvärderas.

Texten som följer om behandling bygger till stor del på NICE Guidelines Self-Harm: longerterm management (NICE, 2011). NICE 2011 adresserar vård av såväl barn som ungdomar och vuxna. Eftersom psykoterapeutiska behandlingsmetoder för vuxna och barn har utvärderats i skilda studier, har vi delat in texten i en vuxenpsykiatrisk och en barn- och ungdomspsykiatrisk sektion.

Allmänpsykiatriska interventioner riktade mot självskadebeteende

I stort sett hela panoramat av psykiatrisk sjukdom kan förekomma samtidigt som självskadebeteende och behandling riktad mot underliggande sjukdomar har goda möjligheter att påverka självskadebeteendet i positiv riktning. Texten nedan fokuserar på interventioner som är specifika för självskadebeteende. Underliggande psykiatrisk sjukdom, familjeproblematik eller socioekonomiska problem får inte ignoreras och behandling av samsjuklighet är en förutsättning för tillfrisknande.

INLEDANDE STÖDINTERVENTION/Psykosocial basbehandling

Flertalet av de behandlingar som visats ha effekt på självskadebeteende är omfattande och långvariga. De riktar sig främst till vuxna med borderline personlighetssyndrom. Om problematiken är lindrig kan det vara en fördel att inleda behandlingen med en psykosocial basbehandling. Detta är av särskilt stort värde när det gäller barn och ungdomar som inte haft långvariga symtom, och bör involvera vårdnadshavare. Stödinterventionen riktar in sig på de problemområden som identifierats initialt i bedömningen.

En inledande intervention kan innehålla:

- Psykoedukation om självskadebeteendet, dess funktion liksom om känsloreglering (se nedan: Information till individen som söker vård och dennes närstående).
- Riktat stöd mot problemområden som identifierats och stressreduktion (exempelvis hjälp med att minska konflikter i familjen, ökat engagemang, kravavlastning och ökad förståelse i skola).
- Hjälp med att minska allmän sårbarhet och generella riskfaktorer som oregelbundna mat- och sömntider, låg fysisk aktivitet och konflikter.
- Självskadebeteendets funktion bör nogra undersökas: "Vad är det som får den här individen att använda just detta beteende i den här situationen?"
- Öka det sociala stödet kring individen (t ex närstående).
- Erbjud alternativ till självskadebeteendet, exempelvis genom ökat socialt stöd (t ex av närstående eller snabbt återbesök) och nya alternativa strategier för att hantera problem, svårhanterliga känslor och situationer.
- Upprättande av krisplan (se rekommendation Riskbedömning).

KORTARE PSYKOTERAPEUTISK INSATS

När en stödinsats inte är tillräcklig men en kortare psykoterapeutisk insats kan vara lämplig föreslår NICE (2011) att individen erbjuds 3–12 sessioner med psykologisk behandling strukturerad för personer med självskadebeteende.

- Interventionen bör vara skraddarsydd utifrån individens behov och kan innehålla såväl kognitiva som beteendeterapeutiska, psyko-dynamiska eller lösningsfokuserade element.
- Terapeuterna behöver utbildning och handledning i terapin de ger.
- Terapeuterna ska arbeta tillsammans med personen för att identifiera de problem som leder till självskada.

I en kunskapsöversikt framhåller Lundh (2013) fyra delkomponenter som verkar vara gemensamma för de behandlingar som visats ha effekt på självskadebeteende.

- En tydlig behandlingsstruktur som skapar förutsägbarhet och kontinuitet för individen.
- Ett terapeutiskt förhållningssätt som karaktäriseras av empatiskt undersökande och där individens upplevelser giltigförklaras.
- Fokus på att medvetandegöra känslor och förbättrad känslomässig reglering.
- Uttalade strategier för att förhindra att vården förvärrar individens tillstånd.

LÄKEMEDEL?

Eftersom det ännu saknas vetenskapligt stöd för läkemedel specifikt riktade mot självskadebeteende ska detta inte erbjudas (Hawton, 2015; NICE, 2011). Eventuell farmakologisk behandling bör inrikta sig på samsjuklighet och ordinerande läkare måste kontinuerligt utvärdera effekten och ta ställning till om läkemedel med tveksam effekt ska fortsätta användas.

Närstående

Det kan vara hjälpsamt att engagera närstående i samband med kriser (NICE, 2011). För barn och unga gäller att vårdnadshavare ska involveras i behandlingen om det inte är uppenbart olämpligt då socialtjänsten istället kontaktas (Socialstyrelsen, 2004a). Vuxna personer med självskadebeteende tillfrågas om de vill att deras närstående ska engageras i behandlingen. Om, och när närstående engageras i behandlingen måste samtycke gås igenom vad gäller sekretess. Närstående kan vara förälder, partner, pojk- eller flickvän, nära vän, boendestödjare eller annan betydelsefull person för personen med självskadebeteende. Hos vuxna

behöver vårdgivaren noga balansera individens autonomi mot behovet att engagera familjen och andra närstående för stöd och hjälp (NICE, 2011).

Information till individen som söker vård och dennes närstående

Muntlig och skriftlig information om självskadebeteende kan vara värdefull för personer med självskadebeteende och för deras närstående. Informationen ska vara begriplig och inte kräva sjukvårdskunskap. Den ska kunna erbjudas i tillgängliga format till personer med funktionsnedsättning, särskilda behov eller personer som inte talar svenska. I samband med att informationen ges ska tid avsättas för diskussion och frågor.

Informationen bör innehålla:

- Individualiserad information angående behandling av det som individen upplever som orsak till självskadebeteendet, liksom vad som vidmakthåller problematiken.
- Beskrivning av risker och långtidskonsekvenser av självskadebeteende.
- Behandlingsmöjligheter och strategier som kan hjälpa till att minska självskadebeteendet och dess konsekvenser.
- Information om vad personen och närstående kan göra vid kriser och vem som då kan kontaktas (inklusive kontaktuppgifter till den personen/inrättningen).

Närstående bör få särskild information om hur de kan stödja en person med självskadebeteende, uppgifter om intresseorganisationer samt information om att de i egenskap av närstående har rätt att få en bedömning av sin egen psykiska och fysiska hälsa, samt var de kan få detta (NICE, 2011).

Det kan också vara lämpligt att i samband med denna information beskriva vilka rättigheter personen med självskadebeteende har och var den kan vända sig för att lämna synpunkter på vården. Patient- och närståendeeinformation finns att hämta via internet, exempelvis på:

<http://www.umo.se/>

<http://www.1177.se/>

<http://shedo.se>

<http://www.snorkel.se/>

Att skapa ett samarbete

Ett gott samarbete mellan individen som söker vård, för barn eventuella vårdnadshavare och behandlare kräver både personliga och professionella egenskaper men också bra metodik och rutiner för handläggning. En modell som strävar efter att göra individen mer delaktig i sin vård, förbättra dennes förståelse av vilka valmöjligheter som finns, samt öka känslan av att kunna påverka sin vård, kallas Shared decision making eller på svenska Delat beslutsfattande (Socialstyrelsen, 2012). I metoder som baseras på kognitiv beteendeterapi (bland annat DBT) ingår ofta att behandlaren och den som får vård delar gemensamma "commitments" (åtaganden) i början av terapin, vilket underlättar samarbetet.

TERAPEUTISK ALLIANS

En gemensam och viktig faktor för effekten av olika typer av psykoterapier är den terapeutiska alliansen mellan terapeuten och individen/familjen som söker vård. Terapeutisk allians är ett begrepp som beskriver samarbetsrelationen mellan behandlare och behandlad inom psykoterapi (Norcross & Lambert, 2011). Inom forskningen har det nästan genomgående visat sig att kvaliteten på den terapeutiska alliansen hänger samman med behandlingseffekt (Horvath et al., 2011).

En kunskapsöversikt av 20 behandlingsstudier på personer med självskadebeteende visade att kvaliteten på den terapeutiska relationen varit betydelsefull för behandlingsresultatet (NICE, 2011). En empatisk och icke-dömande inställning hos behandlarna har i dessa studier också visat sig innebära att klienten har en generellt mer positiv upplevelse av både bedömning och behandling i vården. Sambandet visar sig genomgående i studier av behandlingsresultat för personer med självskadebeteende. En forskningsöversikt från 2012 visade att en stark terapeutisk allians genomgående var kopplat till bättre behandlingsresultat för personer med borderline personlighetsyndrom, som i många fall hade ett självskadebeteende (Barnicot et al., 2012).

Ibland är en förtroendefull relation mellan behandlare och behandlad avgörande för att personen över huvud taget ska känna sig trygg nog att berätta att denne har skadat sig själv. Det kan kännas skamfylt att ta upp och personen som skadat sig själv kan vara rädd att mötas av negativa reaktioner från behandlaren (se till exempel Eriksson & Åkerman, 2012). Det tidiga alliansbyggandet är således viktigt, vilket innebär att samarbets- och relationsfrågor behöver ges hög prioritet i det inledande skedet av behandlingskontakten.

Självskadebeteende är per definition en utmaning för den terapeutiska alliansen, eftersom det handlar om att ett beteende har utförts som man i behandlingen inte vill ska förekomma (eller åtminstone vill ska minska). Flera typer av problembeteenden kan utgöra utmaningar för alliansen i psykoterapi (t ex missbruksbeteenden), men det finns visst stöd för att självskadebeteende uppfattas som särskilt provocerande av många behandlare (se Rekommendation Medkänsla, respekt och värdighet). En god allians är en förutsättning för behandlingen. I alla behandlingar där det uppstår påfrestningar på den terapeutiska alliansen är det viktigt att behandlaren har tillgång till tekniker för att reparera och återupprätta en stark allians om den försvagats (Castonguay et al., 2006; Safran & Muran, 2000).

TEAMARBETE

En genomförd genomgång av kliniska riktlinjer, visade på vikten av en empatisk och validerande relation mellan behandlaren och personen med självskadebeteende (Liljedahl, 2012). Att skapa team som kan arbeta med ett sådant förhållningsätt är därför viktigt. En behandlingsmetod som specifikt tar upp detta är DBT som kräver ett konsultationsteam för terapeuter, där teammedlemmarna fokuserar på att kommunicera på ett icke-dömande sätt, att behålla ett dialektiskt synsätt och att förebygga utbrändhet hos terapeuter (Linehan, 1993).

Ett annat sätt att arbeta i team är att utgå från ett så kallat empowerment framework (Whiteside et al., 2011). Detta arbetssätt kan vara användbart när team som ska arbeta med självskadebeteende ska utformas. I "empowerment framework" betonas vikten av att

- ha definierade, kliniska roller i teamet
- ha kulturell kompetens
- uppmuntra diskussion kring värderingar och antaganden som påverkar vård, teamarbete och handledning
- vara medveten om maktbalansen inom teamet, samt gentemot och mellan klienter som får vård.

Att vetenskapligt pröva de modeller som redan används för teamarbete med självskadebeteende och vidareutveckla dessa är ett viktigt nästa steg.

Psykoterapeutiska metoder

Självskadebeteende är ett diagnoskriterium i borderline personlighetssyndrom och därför har de flesta behandlingsstudier genomförts på individer som, förutom självskadebeteende, även uppfyller kriterierna för borderline personlighetssyndrom. Flertalet populationsstudier visar att självskadebeteende uppträder tillsammans med många olika diagnoser och att många individer med självskadebeteende inte uppfyller kriterierna för borderline eller borderline personlighetssyndrom (Shaffer & Jacobson, 2009). Framtiden får utvisa om behandlingsstrategier som är utvecklade för individer med borderline personlighetssyndrom och självskadebeteende kan appliceras på andra personer med självskadebeteende. Nedan sammanfattas de metoder för att behandla självskadebeteende som, enligt Lundh (2013), har starkast stöd i psykoterapiforskningen.

DIALEKTISK BETEENDETERAPI (DBT)

DBT är en terapiform som utvecklades på 1990-talet av Marsha Linehan (Linehan, 1993). Behandlingsprotokollet har sedan uppdaterats 2014 (Linehan, 2014). Initialt var behandlingen inriktad på att behandla individer med långvarigt

förhöjd suicidrisk och hög risk för att avsluta terapin i förtid eftersom de upplevde brister i bemötandet från vården. Senare har den utvecklats till att behandla i första hand individer med borderline personlighetssyndrom och självskadebeteende (Lundh, 2013).

DBT arbetar utifrån teorin att individens huvudsakliga problem kommer ur en biologiskt ökad känslomässig sårbarhet i kombination en kroniskt emotionellt icke-bekräftande (invalidiserande) miljö. Dessa två faktorer samverkar så att individen försätts i en långvarig känslomässig stress där återgång till vila tar lång tid. Över tid leder detta till att symtom på borderline personlighetssyndrom uppstår och vidmakthålls. Modellen benämns som Linehans biosociala teori (Linehan, 1993).

I behandlingen kombineras traditionella beteendeterapeutiska tekniker med tekniker som fokuserar på acceptans, validering, mindfulness och dialektik. Behandlingen bygger på fem hörnstenar; individualterapi som syftar till att stärka individens motivation och öva på nya beteenden, gruppbehandling som syftar till att lära ut nya beteenden (färdigheter), telefonkonsultation som syftar till att individen ska lära sig använda sina nya beteenden i hemmiljön, ett konsultationsteam som syftar till att stärka terapeutens motivation samt vid behov utbildning av omgivningen som syftar till att förbättra individernas levnadsförhållanden (Linehan, 1993).

DBT är den metod som kan uppvisa effekt enligt flest kontrollerade och randomiserade studier (RCT) på behandling av självskadebeteende. Flera RCTs har genomförts och en metaanalys visar att DBT gett en signifikant men måttligt bättre effekt på självskadebeteende jämfört med allmänpsykiatrisk behandling. Färdighetsträning verkar vara en delkomponent i behandlingen som särskilt påverkar risken för självskadebeteende (Linehan et al., 2015). Jämfört med andra behandlingar som är inriktade på att behandla borderline personlighetssyndrom har DBT jämförbar effekt på självskadebeteende (Kliem et al., 2010).

MENTALISERINGSBASERAD TERAPI (MBT)

Peter Fonagy och Anthony Bateman har tillsammans med flera andra medarbetare utvecklat en terapiform för individer med borderline personlighetssyndrom som kallas mentaliseringsbaserad terapi (MBT; Bateman & Fonagy, 2004; 2006). Efter DBT är MBT den behandlingsform som har starkast stöd i psykoterapiforskningen. Behandlingen utgår från teorin att individer med borderline personlighetssyndrom visserligen har en generell god förmåga till mentalisering men att denna kan brista i emotionellt laddade, nära relationer. Mentalisering innebär här förmågan att föreställa sig att varje individ har en egen, inre värld skild från andra personers inre världar och den yttre verkligheten (Fonagy et al., 2002). Målsättningen i MBT är att stärka personens mentaliseringsförmåga om sig själv, andra och relationer för att på så sätt förbättra känsloreglering och funktion i relationer till andra. Behandlingen bygger på (a) att skapa struktur, (b) att utveckla en terapeutisk allians och sätt att reparera problem med alliansen, (c) fokus på interpersonella och sociala områden av livet och (d) att utforska patient-terapeutrelationen (Bateman et al., 2007). Terapeuterna i MBT ha en "icke-vetande-attityd" och visa att den inte kan veta vad som pågår inom individen men istället vara nyfiken, aktivt frågande. I MBT finns tre behandlingskomponenter; individualterapi, gruppterapi och handledning av terapeuterna (Bateman & Fonagy, 2006).

De studier som jämfört MBT med allmänpsykiatrisk vård visar att MBT är mer effektivt än andra behandlingsformer och har relativt stora effekter på självskadebeteendet. Studierna är gjorda av metodens upphovsmän och ingen jämförelse har dock gjorts med annan behandling som är specifikt inriktad mot borderline personlighetssyndrom eller självskadebeteende och det saknas stöd i forskningen för att med säkerhet säga att det är någon MBT-specifik komponent som svarat för effekten (Lundh, 2013).

SCHEMAFOKUSERAD TERAPI (SFT)

SFT är en behandlingsmetod som springer ur kognitiv terapi med inslag av anknytningsteori, psykodynamisk objektrelationsteori och emotionsfokuserad terapi (Young & Klosko, 1993). Metoden innefattar en modell över 18 olika problematiska scheman (d v s tankemönster som formar hur personen uppfattar omvärlden), samt riktlinjer för behandling och copingstrategier kopplade till dessa scheman (Young et al., 2003). SFT har i en studie jämförts med överföringsfokuserad terapi och visat bättre resultat vad gäller de flesta uppmätta parametrar, inklusive självskadebeteende. Endast 52 procent av deltagarna i studien hade dock ett aktuellt självskadebeteende och fördelningen av dessa var inte jämn mellan grupperna (Giesen-Bloo et al., 2006). Visst stöd finns alltså för att SFT har effekt vid självskadebeteende men mer forskning behövs.

"GENERAL PSYCHIATRIC MANAGEMENT" (GPM) ENLIGT GUNDERSON

GPM enligt Gunderson är en manualiserad behandlingsform utvecklad inför en studie där individer med borderline personlighetssyndrom slumpades till GPM eller DBT (McMain et al., 2009). GPM innehåller en kombination av psykodynamisk terapi, case management (samordnad vård med fokus på individen som söker vård och dennes närstående) och farmakologisk behandling. Den psykoterapeutiska delen betonar relationella aspekter av borderline personlighetssyndrom och fokuserar på anknytningsmönster och känsloreglering i relationer (McMain et al., 2012). Den inkluderar en timme individuell psykoterapi varje vecka och 90 minuter handledning för terapeuterna. Resultaten av den behandlingsstudie som genomförts visade likvärdig minskning av självskadebeteenden i GPM som i DBT (Lundh, 2013; McMain et al., 2012). Metoden har bara utvärderats i denna studie som dock är den mest omfattande randomiserade kontrollerade behandlingsstudien avseende borderline personlighetssyndrom.

EMOTION REGULATION GROUP THERAPY (ERGT)

ERGT är en gruppterapi specifikt utformad för att behandla självskadebeteende och deltagarnas förmåga att reglera känslor (Gratz et al., 2012; Gratz et al., 2013). Behandlingen ges i grupp, som tillägg till individualterapi. Metoden har hämtat element från DBT, acceptance and commitment therapy (Hayes et al., 1999) och emotionsfokuserad terapi (Greenberg, 2002). ERGT utgår från teorin att självskadebeteende fyller en känsloreglerande funktion och syftet med behandlingen är att lära individen mer konstruktiva och accepterande sätt att möta svåra känslor (Gratz, 2007). Resultaten från hittills genomförda studier är lovande men behöver replikeras av oberoende forskargrupper (Lundh, 2013). ERGT är en särskilt intressant behandlingsmetod, dels då den riktar sig till alla individer med självskadebeteende, oavsett samsjuklighet, och dels på grund av att den är en korttidsbehandling som trots att den bara pågår i 14 veckor har visats kunna ha betydande effekt. I Sverige har ERGT utvärderats i en okontrollerad studie, där sammanlagt 95 kvinnor behandlades med ERGT vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar runt om i landet. Vid avslut av behandlingen hade självskadebeteenden och andra destruktiva beteenden, svårigheter med känsloreglering, depression och stress minskat signifikant. Vid 6-månadersuppföljningen bibehölls eller stärktes samtliga resultat ytterligare. Resultaten är därmed lovande, men en kontrollerad utvärdering av ERGT behöver genomföras för att kunna uttala sig tydligare om effekten av ERGT i en svensk psykiatrisk kontext (Sahlin et al., manuscript under review).

PSYKOTERAPEUTISKA METODER FÖR BARN OCH UNGDOMAR

Sammanfattande studier

De arbeten som sammanfattar forskningsläget för psykoterapi för ungdomar mot självmordsförsök och självskadebeteende finner överraskande få studier i ämnet och därför låg evidensgrad (Glenn et al., 2015; Hawton et al., 2015; Ougrin et al., 2015). (Evidens betyder vilket stöd som finns i forskningen). Inga studier tar upp farmakologiska

interventioner utan endast psykoterapeutiska och stödjande. Sammanfattningsvis verkar psykoterapi generellt ha reducerande effekt på självskadebeteende hos ungdomar (Ougrin et al., 2015). Gemensamma komponenter för de behandlingar som visat lovande resultat är färdighetsträning för familjen, föräldrautbildning och individuell färdighetsträning (Glenn et al., 2015). En observation var också att behandlingar med goda resultat innehöll mycket interventioner inriktade på familjesystemet och gavs i hög dos (alltså täta och/eller långa behandlingskontakter; Ougrin et al., 2015). Man lyfter även fram vikten av en terapeutisk utredning som ofta har god effekt på följsamheten i behandlingen (Hawton et al., 2015). Vi kan i detta dokument inte förespråka någon särskild behandlingsmetod. Genomgången nedan är avsedd att ge en kortfattad beskrivning av det begränsade nuvarande forskningsläget.

DBT för ungdomar

DBT finns i tillämpad version för barn/ungdomar (Dialectical behaviour therapy for adolescents; DBT-A; Katz et al., 2004; Miller et al., 2007). DBT-A har visat lovande resultat med signifikant minskat självskadebeteende för de som deltagit i behandlingen (Fleischhaker et al., 2011; Groves et al., 2012). Detta bekräftas av en randomiserad studie som jämfört DBT-A med Enhanced Usual Care (Mehlum, et al, 2014). Man fann här att DBT-A hade bättre effekt gällande att minska självskadebeteende, suicidtankar och depressiva symtom.

MBT för ungdomar

Mentaliseringsbaserad terapi för unga, (Mentalization-Based Treatment for Adolescence; MBT-A) har i en RCT visats ge ökad mentaliseringsförmåga samt minskat självskadebeteende och minskad depression jämfört med sedvanlig psykiatrisk behandling (Rossouw & Fonagy, 2012). Behandlingen fokuserade på impulsivitet och känsloreglering och pågick i ett år. Den innehöll veckovisa MBT-A-sessioner och månatlig mentaliseringsbaserad familjeterapi. Alla deltagare i studien hade självskadebeteende i någon form och förändring av självskadebeteendet mättes genom själv-

rapporteringsformulär. Självskadebeteendet följdes upp var tredje månad fram till behandlingsavslut. Det finns i dagsläget inte uppföljningsmätningar av självskadebeteendet efter avslutad behandling.

Andra behandlingar för ungdomar

Det finns flera metoder som utvecklats för behandling av självskadebeteende hos unga som ännu inte utvärderats tillräckligt för att de ska kunna sägas ha någon evidens. Exempel på sådana är Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents Adapted for Self-Injury (IPT-ASI; Jacobson & Mufson, 2012) och the Cutting down program (CDP; Taylor et al., 2011). Behandlingsstudier för flera av dessa metoder pågår för närvarande men resultaten är ännu inte sammanställda. I Sverige har också en mindre pilotstudie genomförts av en ungdomsanpassad individualiserad version av ERGT (Emotion Regulation Individual Treatment for Adolescents; ERITA; J. Bjureberg och H. Sahlin, personlig kommunikation 2016-02-19). De preliminära resultaten är lovande men materialet ännu för litet för att utgöra basen för någon rekommendation. En internetbaserad terapeutstödd version av ERITA håller för närvarande på att utvärderas. Resultaten från den studien kommer att publiceras under 2017.

Högspecialiserat konsultationsteam

Som stöd till vårdpersonal inom den somatiska vården eller kommunen kan högspecialiserade konsultationsteam vara av värde. Riktlinjer från Storbritannien föreslår att ett högspecialiserat team för självskadebeteende inrättas på varje större sjukhus, som konsultverksamhet. Teamet skulle bestå av inom området välutbildad och erfaren personal (sjuksköterska, socionom, psykolog och psykiater) som kan ge stöd till vårdpersonal. Erfarenheter från sådana team är att såväl vårdtiderna som behovet av att använda jour- och akutverksamhet minskar. När konsultationsteamet användes uppnåddes bättre kvalitet på undersökningarna, bättre anpassning mellan individens behov och personalens utbildning. Fler fick vård på rätt ställe och mer adekvata behandlingar erbjöds (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists, 2003).

Psykiatrisk heldygnsvård¹

Personer med självskadebeteende erbjuds ibland vård inom ramen för psykiatrins heldygnsvård. Syftet med sådan vård är i regel att kortsiktigt förhindra vidare självskadebeteende eller självmordsförsök. Effekterna av heldygnsvård och de insatser som den vården kan innehålla är bristfälligt undersökta.

I en systematisk litteraturgenomgång undersöktes forskningen kring behandling av självskadebeteende och självmordsförsök i heldygnsvårdsmiljö (James et al., 2012). Denna litteraturgenomgång sammanfattar 89 publicerade studier, huvuddelen från Storbritannien. I studien konstateras att för huvuddelen av de insatser som vanligen används i psykiatrisk heldygnsvård, för att förhindra eller minska självskadehandlingar saknas idag forskningsstöd. Detta inkluderar åtgärder som konstant övervakning, avskiljning, manuellt eller mekaniskt hindrande, bruk av låsta avdelningar och andra inskränkningar i den fysiska miljön, upprättande av självskadekontrakt, och en rad andra mer specifika åtgärder. För flera av dessa åtgärder konstateras också riskindikationer för negativa effekter, eller ibland dokumenterade negativa effekter.

Litteraturgenomgången identifierar också ett antal studier som pekar på åtgärder och vårdspecifika faktorer med gynnsamma effekter i vården. Här bygger slutsatserna till stor del på en omfattande kartläggning av 136 psykiatriska avdelningar i England (den sk City-128 studien). Utifrån denna föreslår Bowers et al. (2006) tre åtgärder för att minska självskadebeteenden på psykiatriska avdelningar:

- Intermittent tillsyn, till skillnad mot konstant övervakning, tycks kunna reducera självskadehandlingar.
- Meningsfulla och varierade dagliga aktiviteter tycks ha potential att minska självskadehandlingar, samtidigt som det är uppskattat.
- Högre och mer varierad kompetens och högre personaltäthet har gynnsamma effekter mot både självskadebeteende och självmordsförsök.

¹ Stora delar av sammanfattningen och åtgärdsförslagen under denna rubrik är sammanfattat från Bjärehed & Åkesson, 2015.

I en studie konstateras att den största andelen förhindrade suicidförsök kunde kopplas till personalens aktiva arbetssätt (Bowers et al., 2011).

Med utgångspunkt i bl a arbetet med att undersöka skillnader mellan de olika psykiatriska verksamheterna i City 128-studien, har en modell för att förstå och motverka negativa effekter av psykiatrisk heldygnsvård utvecklats – den sk. Safewards-modellen (<http://www.safewards.net/>; Bowers, 2014; Bowers et al., 2014). Modellen fokuserar särskilt på att förhindra att personal och de som söker vård tillsammans skapar ogynnsamma interaktionsmönster, där åtgärder som syftar till att hindra exempelvis självskadebeteende istället leder till ökat sådant beteende. I fortsatt forskning och metodutveckling skulle det kunna vara relevant att undersöka om Safewards-modellen kunde vara användbar i Sverige.

Tvångsvård

Tvångsvård ges i Sverige enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Att besluta om vård enligt LPT innebär alltid en svår balansgång mellan å ena sidan risk för liv och hälsa vid frivillig eller utebliven vård och kraftigt inskränkt autonomi med påföljande risk för försämring vid tvångsvård. För personer med självskadebeteende och en långvarigt eller återkommande förhöjd risk för självmord är frågan ytterligare komplicerad eftersom det finns en påtaglig risk för självmord samtidigt som det inte finns några studier som talar för att vård enligt LPT har en positiv effekt på självskadebeteendet. Tvärtom finns det ett flertal negativa erfarenheter av att självskadebeteende kan förvärras i samband med tvångsvård (James et al., 2012).

En person med långvarigt förhöjd suicidrisk kan i samband med en kris ha en pålagrad, akut, överhängande förhöjd suicidrisk. Med stöd och ett gott omhändertagande kan en sådan akut kris gå över inom loppet av några timmar eller dagar. Om en individ vid ett sådant tillfälle inte medverkar till behandling kan LPT vara aktuellt för en mycket begränsad tidsperiod och i dessa fall potentiellt livräddande. Rekommendationen är dock att med

medkänsla, respekt och värdighet samarbeta för att hitta en lösning som innebär frivillig vård.

Vård enligt LPT har till mål att få individen att frivilligt medverka till vård. För att detta ska möjliggöras måste personen med självskadebeteende bemötas med respekt, värdighet och medkänsla då risken för försämring annars är stor. Ett gott bemötande är den absolut viktigaste faktorn för att krisen ska klinga av och en snabb övergång till frivillig vård (enligt Hälso- och sjukvårdslagen) och utskrivning ska kunna genomföras. Vid akuta kriser har medicinering ofta begränsad och endast symtomlindrande effekt. Det finns risk att behandling med ångestdämpande medicinering hindrar bearbetning och konstruktiv hantering av utlösande faktorer och insättning vid akut kris bör därför undvikas. Så snart som möjligt bör omvårdnaden inriktas på att få ökad kunskap om och begripliggöra vad som utlöst den aktuella krisen och vad som vidmakthåller den. I syfte att konsekvent stärka individens förmåga att medverka i vården är delaktighet och allians viktigt. Dialog och gemensam planering kring vad personen behöver för att klara av att vara utanför slutenvården är central. Ett strukturerat vårdinnehåll kan ytterligare hjälpa individen att omorientera sig efter krisen. Involverande av närstående kan hjälpa till att upptäcka och problemlösa kring utlösande och vidmakthållande faktorer.

”Bättre vård - mindre tvång” är ett projekt som under perioden 2010–2014 genomfört ett systematiskt utvecklingsarbete för att förbättra heldygnsvården. Projektet är resultatet av en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Sammanfattningsvis visar erfarenheterna från projektet att det är möjligt att minska användandet av tvångsåtgärder med hjälp av ett strukturerat arbete som involverar följande komponenter (S. Rolfner Suvanto, personlig kommunikation, Nov 5, 2014; Sveriges Kommuner och Landsting, 2015):

- Brukar-/närståenderepresentation.
- Såväl enhetschef som chefsläkare måste vara engagerade i förändringsarbetet.
- Flera små förändringar, förankrade i medarbetargruppen genomförs över en längre tidsperiod.

Grupper som kan kräva särskilda insatser

ÄLDRE PERSONER MED SJÄLVSKADEBETEENDE
Äldre vuxna (65 år och äldre) bör undersökas av en kliniker med kunskap om både självskadebeteende och äldrepsykiatri. Notera att allt självskadebeteende i denna åldersgrupp ska behandlas som självmordsförsök tills motsatsen är bevisad (NICE, 2011).

Bedömning och behandling ska utöver tidigare genomgångna faktorer även fokusera på:

- Kognitiv svikt och somatisk hälsa.
- Boendesituation, familjesituation, föräldraroll och social status.
- Funktionsnedsättning (Fässberg et al., 2016).

PERSONER MED INLÄRNINGSSVÅRIGHETER
Självskadebeteende är vanligt förekommande hos personer med inlärningssvårigheter och detta är särskilt uttalat om individen även har en autismspektrumstörning (Tureck et al., 2013). Personer med lätta inlärningssvårigheter som har självskadebeteende ska erbjudas tillgång till samma behandlingsmöjligheter som andra personer med självskadebeteende. De som har måttliga till betydande inlärningssvårigheter behandlas bättre på enheter specialiserade för detta (NICE, 2011). Inga randomiserade kontrollerade studier finns tillgängliga men DBT modifierad för personer med inlärningssvårigheter har i en studie gett lovande resultat (Brown et al., 2013). Det finns även särskilt utvecklade multidisciplinära utrednings och behandlingsprotokoll, för individer med autism och inlärningssvårigheter, även om dessa inte utvärderats i randomiserade studier (Minshawi et al., 2015).

Behandlingsutvärdering

Det är viktigt att utvärdera om de behandlingar för självskadebeteende som ges är effektiva. Utvärdering och uppföljning kan ge svar på både vilka resultat behandlingen ger och hur mycket av en förändring som beror på behandlingen i sig. Få program för sociala insatser och mot psykisk ohälsa utvärderas i Sverige (Sundell & Ogden, 2012). Idag förväntas evidensbaserade metoder följas upp och utvärderas för att fastställa om behandlingsmål och utfall uppnås (Nyström & Bergström, 2012). Utvärdering kan ses som en del av etisk vård, som ett sätt att säkra att de som behöver

vård får insatser som är effektiva för dem. När noggranna utvärderingar inte genomförs finns en risk att värdefulla resurser investeras i interventioner som är ineffektiva eller till och med skadliga för individen.

Utvärdering av behandlingsinsatsers resultat kan göras på olika nivåer. Antingen genomförs utvärderingen på gruppnivå, gärna med kontrollgrupp som inte får den aktuella behandlingsinsatsen, i en så kallad effektutvärdering. En sådan utvärdering kan ge svar på om effekter kan tillskrivas behandlingen i sig (och inte andra faktorer som kan påverka personen), samt kan användas för att jämföra olika insatsers effektivitet. Utvärderingen kan också ske på individnivå i en så kallad single subject design, med fokus på hur den enskilda individen tar till sig en viss intervention (Nyström & Bergström, 2012). Data om exempelvis självskadefrekvens hos en individ samlas in före, under och efter interventionen. Dessa data kan sedan användas för att jämföra personen med sig själv, för att se om interventionen gett effekt eller inte. Denna typ av utvärdering kan ge mer kunskap om förändringsprocesser på detaljnivå, jämfört med effektutvärderingar på gruppnivå. Samtidigt säger en single subject designutvärdering mindre om hur interventionen generellt fungerar på mottagningen eller kliniken. Utöver effektutvärderingen behövs kontinuerlig uppföljning för att säkerställa att behandlingsinsatser utförs på ett sätt som är troget den ursprungliga manualen eller principerna för den insats man använder, så kallad adherence.

Utvärdering av behandlingsinsatser på en klinik eller mottagning behöver utgå från tydliga frågeställningar som klinikerna har fått påverka och tycker är relevanta. Vid utvärderingsinsatser i psykiatriska verksamheter verkar det vara avgörande att arbetet utgår från deltagarnas intressen och att man minimerar praktiska besvär för klinikerna. Annars blir det svårt att få in det dataunderlag som behövs för att utvärdera insatserna (Castonguay, 2013). Det finns i Sverige och utomlands goda exempel på fungerande behandlingsutvärderingsprojekt som integrerats i den psykiatriska behandlingen med Clinical Outcomes in Routine Evaluation, CORE och CORE Net (Elfström et al., 2012).

REKOMMENDATION 7:

Kontinuitet och samarbete

För individer som har behov av insatser från flera huvudmän bör en kontaktperson utses som är huvudansvarig för att samordna insatserna och som tillsammans med individen och för barn vårdnadshavare, gör upp en plan för tillfällen då vården överförs mellan två enheter.

Alla individer och familjer behöver kontinuitet hos behandlare inom vård och omsorg. Detta är dock särskilt viktigt för personer med upprepat självskadebeteende och komplexa symtom, som behöver olika, och ibland samtidigt insatser från flera huvudmän (till exempel kommun och landsting). Vårdplanering eller samordnad individuell planering är verktyg där individen och aktiva huvudmän deltar i gemensamma möten med planerad uppföljning och utvärdering för att samordna insatserna.

Övergång från barnpsykiatrisk till vuxenpsykiatrisk mottagning

Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri behöver samarbeta för att skapa vård som är anpassad efter individen och särskilt arbeta med att överbrygga övergången mellan vårdgivarna. När det finns skäl att tro att den unga personen kommer att "trilla ur" behandlingen vid övergång till vuxenpsykiatri (då de fyller 18 år) kan det vara en fördel att låta dem fortsätta få vård inom barnpsykiatri (NICE, 2011). Med specialiserade åldersintegrerade team där BUP och vuxenpsykiatri samarbetar minskar risken för negativa effekter av att byta verksamhet.

Utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård

Ett möjligt sätt av överbrygga övergången mellan heldygnsvård/mellan- och öppenvård är att inlagda individer börjar eller fortsätter att delta i planerade

behandlingsprogram inom de öppnare vårdformerna under pågående inläggning. Det ökar känslan av kontinuitet och minskar risken för behandlingsavbrott. Ytterligare en möjlighet är att individer som vårdats inom heldygnsvården kan få möjlighet att ringa avdelningspersonal på jourtid för att få telefonstöd i hemmet. I Nederländerna kan individer erbjudas *Bed-aan-Recept* (direktöversatt "säng-på-recept", kallas i Sverige ofta brukarstyrd inläggning). Metoden innebär att individen själv förfogar över möjligheten till inläggning under ett begränsat antal nätter med en maximal frekvens som individen kommer överens med sin behandlare om (Helleman et al., 2013; Helleman et al., 2014). Användandet av brukarstyrd inläggning är utbrett i Nederländerna och det har i kvalitativa studier visat god effekt men randomiserade kontrollerade studier saknas. I Sverige pågår för närvarande en randomiserad kontrollerad studie och en studie med epidemiologiskt perspektiv.

Samordnad individuell plan

Sedan 1 januari 2010 finns i socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om att kommun och landsting ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Denna bestämmelse inbegriper även privata utförare som kommun och landsting har upprättat avtal med. SIP gäller för personer som har behov av insatser från både socialtjänsten och från hälso- och sjukvården.

Detta är särskilt viktigt för att tillgodose behovet av tydliggörande av vilken huvudman som ansvarar för vilka insatser för personen med självskadebeteende. SIP kan upprättas för personer i alla åldersgrupper oberoende av om den enskilde har större eller mindre behov av samordning. Planen utformas utifrån individens (och hos barn även vårdnadshavares) upplevelse av sin aktuella situation och innehåller åtgärder och ansvarsområden för att de mål som individen bestämt ska uppnås.

Boende

Personer med självskadebeteende kan ha behov av stöd i hemmet, som exempelvis boendestöd. Detta erbjuds av kommunen. Medarbetare i socialtjänsten behöver kunskap om bemötande vid självskadebeteende. Samarbete mellan kontaktperson och behandlare inom psykiatri är viktigt för att säkra trygghet och kontinuitet. Utbildning kan med fördel ges till den boende och personal samtidigt. Personalen bör få specifik utbildning om självskadebeteende och handledning.

Case-management

För individer med komplex allvarlig psykisk funktionsnedsättning har modeller för case-management provats framgångsrikt (Dieterich et al., 2010; Socialstyrelsen, 2004b), framför allt för individer som vårdas mycket i heldygnsvården (Burns et al., 2007). Detta är ännu inte studerat med avseende på självskadebeteende specifikt men bedöms ha potential att vara verksamt för individer med upprepat självskadebeteende, komplex symtomatologi eller en allvarlig funktionsnedsättning

Utskrivning från behandlingshem

Vid utslussning från behandlingshem är samordning av insatser och behandling av yttersta vikt. De flesta personer som har ett självskadebeteende och som skrivs ut från ett behandlingshem

behöver fortsatta insatser från såväl kommunen som psykiatri. Dessa insatser bör utformas så att uppehåll mellan insatserna undviks. Upprepade möten för att samordna och individualisera insatserna är nödvändiga. Samordnad individuell planering och samordnad vårdplanering är viktiga redskap i denna process.

Förebyggande och tidiga insatser

Ett stort fokus för det nationella utvecklingsstödet från regeringen 2011–2014 har varit att stödja kommuner och landsting att utveckla insatser som kan förbygga psykisk ohälsa och se till att de unga som söker hjälp tidigt får bra hjälp. Se www.psynk.se.

Detta uppdrag åligger framför allt elevhälsovård, socialtjänst, andra delar av hälso- och sjukvården och första linjenverksamheterna. Specialistpsykiatri behöver ta en aktivt stödjande och samverkande roll i detta arbete och kan i förhållande till det förebyggande arbetet:

- stödja samarbetspartners med kunskap om självskadebeteende och hjälpsamt bemötande
- bidra i samverkan med andra kring förebyggande insatser
- medverka i vårdformer/metoder som möjliggör tidigt sammansatt stöd och kontinuitet för individen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en systematisk genomgång av skolbaserade preventionsprogram (SBU, 2015c). Två skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende (inklusive självmord) uppfyllde SBUs krav; Good Behaviour Game (GBG) och Youth Aware of Mental Health (YAM). Inget av dessa har provats i Sverige. För ytterligare detaljer, vänligen se rapporten i sin helhet: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Skolbaserade_program_forebygga_sjalvskadebeteende_suicidforsok_2015.pdf

Områden att utveckla kunskap och metoder kring

Generellt sett finns det fortfarande relativt lite forskning gjord på behandling vid självskadebeteende. Kunskap saknas i mycket stor utsträckning inom flera områden som till exempel bemötande, heldygnsvård eller hur omvårdnadssituationer kan bli mer effektiva. Även gällande psykoterapeutiska interventioner behövs fler och större kontrollerade studier för de flesta psykoterapiformerna och detta gäller framförallt barn och ungdomar. Ytterligare exempel på områden där underlaget är bristfälligt är kriterier för när en person med självskadebeteende och självmordsrisk bör bli inlagd, hur heldygnsvården bäst bör utformas, på vilka grunder

beslut om ökad tillsyn ska fattas, eventuella kriterier för att skriva ut en individ från slutenvård mot dennes vilja och när en individ bör erbjudas tillfällig eller permanent plats på boende med tillgång till personal och behandling.

På grund av forskningsläget är det av speciellt stor vikt att arbeta utifrån tillgänglig kunskap, systematiskt följa upp resultatet av insatserna och utforma program baserat på detta. På den internet-baserade kunskapsportalen finns mer underlag kring flera av de områden som lyfts ovan (<http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se>).

OM SJÄLVSKADEBETEENDE

OM SJÄLVSKADEBETEENDE

Definitioner

Att definiera självskadebeteende är en utmaning för både psykiatrisk verksamhet och forskning. I Sverige har vi traditionellt använt begreppen självskadebeteende och självdestruktivitet för att beskriva olika handlingar utan att vidare specificera självmordsavsikt eller avgränsa användningen. Detta påminner om termen self-harm som används av National Institute of Clinical Health Excellence (NICE: 2004: 2011: 2013).

I internationell forskning går det att urskilja två huvudspår. Storbritannien, Australien och Europa har historiskt sett använt termen deliberate self-harm (avsiktlig självskada, eller förenklat self-harm – självskada; Hawton et al., 2002; Plener et al., 2009). Enligt denna tradition görs ingen skillnad på om självskadebeteendet hade suicidsyfte eller inte. I begreppet ingår beteenden som att överdosera läkemedel i självmordssyfte och beteenden utan självmordsavsikt som att riva eller rispa huden. I Nordamerika är begreppet Non-Suicidal Self-injury (NSSI) det mest använda. Som NSSI definieras att skada tillfogas direkt på kroppens yta, utan självmordsavsikt. Beteenden som inkluderas är till exempel att skära, bränna, bita eller gnugga huden tills den skadas. Vanligtvis efterfrågas en rad beteenden utifrån en checklista (se till exempel Gratz, 2001).

NSSI föreslogs utgöra egen diagnos i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5; American Psychiatric Association: APA, 2013). Vid publiceringen ingick den istället bland tillstånd som behöver studeras ytterligare tillsammans med Suicidal Behavior Disorder som definierar suicidförsök (SBD) (DSM-5, APA, 2013). Även om NSSI och SBD föreslås som separata kliniska diagnoser i DSM-5 är de inte tänkta att exkludera varandra på individnivå (D. Clarke, personlig kommunikation, Feb 8, 2014). Med andra ord, samma individ kan uppvisa beteenden förenliga med såväl NSSI som SBD över tid, även om inte exakt samma händelser kodas med båda diagnoserna (Liljedahl & Westling, 2014).

Traditionellt sett har framför allt självskadebeteende som innebär en direkt skada på den egna kroppen

uppmärksammats medan mer indirekta former som till exempel missbruk eller att försumma sina fysiska behov av mat och sjukvård i självskadande syfte inte efterfrågats på ett mer systematiskt sätt. St. Germain and Hooley (2012) fann i en studie att personer som använder direkta respektive indirekta former av självskadebeteende har gemensamma sårbarhetsfaktorer som inte skiljer sig signifikant åt. Sårbarhetsfaktorerna utgjordes framför allt av låg självkänsla, nedstämdhet, bristande impuls kontroll, dissociation och vissa symtom på borderline personlighetssyndrom. Germain & Hooley fann också att direkt självskadebeteende var starkare kopplat till självmordsförsök än indirekt självskadebeteende. Detta ledde till slutsatsen att direkt självskadebeteende (NSSI) bör behandlas som ett separat kliniskt syndrom. Tsirigotis och medförfattare (2013) visar istället att indirekt och direkt självskadebeteende inte bara är starkt förknippat med varandra utan också att båda är relaterade till risk för framtida självmordsförsök vilket talar för att de inte ska definieras som två separata fenomen.

Avgränsningen mellan självskada och självmordsförsök, inklusive om den existerar, diskuteras fortfarande. Relativt fårska studier tyder på att NSSI är starkt kopplat till risk för framtida självmordsförsök. I vissa fall är sambandet starkare än det som finns mellan aktuellt och framtida självmordsförsök. Detta gäller särskilt för ungdomar med depression som inte förbättrats av insatt behandling (Asarnow, 2011), och mer generellt deprimerade ungdomar med självskadebeteende (Wilkinson et al., 2011). Vad gäller risk för fullbordat självmord har det gjorts uppföljning av ca 8 000 individer som sökt vård efter att ha skadat sig själva. Inga signifikanta skillnader fanns mellan de som hade avsikt att dö respektive de som inte hade det vid indextillfället, gällande risk för självmord under uppföljningstiden (Cooper et al., 2005).

I detta dokument används en bred definition av självskadebeteende som omfattar ett antal olika men relaterade beteenden med varierande intention.

I enlighet med detta inkluderas beteenden riktade direkt mot den egna personen (som att skära sig, hoppa från hög höjd, överdosera läkemedel eller droger, ta droger i självskadande syfte eller svälja föremål som inte är ämnade för detta) såväl

som indirekta och subtila beteenden som sexuell självexploatering eller att försumma sina fysiska behov i självskadande syfte. De behandlingar som tas upp i dokumentet är dock inte utvärderade för de indirekta formerna av självskadebeteende.

Att förstå självskadebeteende

För omgivningen kan självskadebeteende vara svårbegripligt. Hur kan det komma sig att en människa avsiktligt väljer att göra sig själv illa? Ett sätt att öka förståelsen för självskadebeteende är att undersöka vilken funktion beteendet fyller. Att närmare undersöka vad som föregår och vad som följer på självskadebeteendet är också betydelsefullt när det gäller att planera behandling.

I forskningen har man funnit att självskadebeteende kan fylla ett antal olika funktioner, såväl intra- som interpersonella (Klonsky et al., 2015). Det finns tydligt stöd både gällande ungdomar och vuxna, att självskadebeteende fyller en känsloreglerande funktion (Klonsky, 2007). Trots att självskadebeteendet kan innebära negativa konsekvenser för individen, kan det på kort sikt fungera som ett effektivt sätt att få stopp på oönskade och svårhanterliga känslor, tankar och upplevelser (Chapman et al., 2006). Självskadebeteende kan också vara ett sätt för individer som känner sig avdomnade eller tomma på känslor att känna någonting överhuvudtaget (Nock & Prinstein, 2004). Ytterligare en vanlig funktion vid självskadebeteende är att straffa sig själv.

Exakt hur självskadebeteende lindrar psykiskt obehag vet vi inte idag. Sannolikt handlar det om en kombination av biologiska och psykologiska mekanismer, såsom distraktion, frigörelse av endorfiner samt lätttnaden det innebär att genomföra ett beteende som stämmer överens med ens bild av sig själv (t ex bestraffning vid självkritik, eller att känna att man inte är värd vänlighet eller omsorg). Forskning har visat att negativa känslor minskar efter en smärtupplevelse och att smärta, jämfört med icke-smärtsamma sensationer, ledde till mer uttalad minskning av negativa känslor för individer med självskadebeteende (Bresin & Gordon, 2013). Hos icke-kliniska grupper av ungdomar är det

även vanligt att sociala funktioner rapporteras (Lloyd-Richardson et al., 2007). Detta kan till exempel innebära att självskadebeteendet syftar till att visa andra att man inte mår bra, att man vill få hjälp eller få en reaktion från omgivningen. Sociala funktioner kan förstås i ett sammanhang där en individ inte lyckats få gensvar på andra försök att kommunicera med sin omgivning, kanske har tidigare kommunikationsförsök inte varit effektiva eller inte tagits på allvar (Hagen et al., 2008; Nock, 2008). Även sådana interpersonella funktioner behöver således tas på allvar.

En annan subgrupp är stereotyp självskadebeteende som mer beskrivs som upprepade, fixerade, monotona, ofta rytmiska handlingar, inte sällan utan speciellt tanke- eller känslolöshet (Favazza, 1998). Dessa skiljer sig från de självskadebeteenden vars funktion beskrivs ovan och förekommer framförallt vid utvecklingsstörning, autism eller genetiska syndrom. Stereotypa självskadebeteenden är ovanliga och bör framförallt ses som relaterade till de bakomliggande syndromen. Det förekommer dock att självskadebeteende har känsloreglerande eller kommunikativ funktion också hos personer med autism och utvecklingsstörning. Självskadebeteendet kan i sådana fall som regel förstås på samma sätt som för andra med självskadebeteende.

Flera av studierna som undersöker självskadebeteendets funktion baseras på den nordamerikanska definitionen där suicidförsök inte ingår. En stor europeisk studie där mer än 30 000 ungdomar fick frågor om självskadebeteende använde definitionen self-harm som också omfattar självmordsförsök. Studien fann då att önskan att dö var en av de vanligaste orsakerna till självskada som rapporterades, tillsammans med önskan att få lättnad från ett outhärdligt sinnestillstånd (Scoliers et al., 2009).

Riskfaktorer

En metaanalys (sammanfattning av flera studier) över de framåtblickande studier som undersökt riskfaktorer för självskadebeteende, sammanfattar att det ännu finns otillräcklig forskning på området men att tidigare självskadebeteende, vissa personlighetssyndrom och hopplöshet är de riskfaktorer som bedöms som starkast (Fox et al., 2015). Eftersom forskning om riskfaktorer är begränsad talar man om faktorer som ofta förekommer samtidigt med självskadebeteende. Negativa livserfarenheter i barndomen och psykiatrisk sjukdom (framför allt depressiva symtom) är de faktorer som oftast beskrivits samvariera med självskadebeteende (Jacobson & Gould, 2007; Plener et al., 2015). Andra faktorer som återkommer är upplevelser av negativa känslor och svårigheter att hantera dessa, tendens att tappa verklighetsuppfattningen vid stark stress (dissociativa upplevelser), svårigheter att sätta ord på och beskriva känslor, negativ självbild med självkritik och upplevelser av tidig försummelse och anknytningsproblem (Gratz, 2006; Gratz & Roemer, 2008; Klonsky & Muehlenkamp, 2007, Lundh et al., 2007). Det finns också belägg för samband med interpersonella svårigheter som försummelse, kritik och brist på stöd i familjen (Adrian et al., 2011; Martin et al., 2011). En svensk studie har undersökt knappt 1 000 högstadiungdomar i syfte att se om det fanns ett ömsesidigt orsakssamband d v s om psykiska besvär utgör en riskfaktor för självskadebeteende och om självskadebeteende utgör

en riskfaktor för psykiska besvär (Lundh et al., 2011b). Studien visade stöd för ett sådant samband hos flickor men hos pojkar såg man endast att psykiska problem kunde utgöra en riskfaktor för självskadebeteende. För flickor var det framför allt depressiva symptom och dålig sömn som utgjorde riskfaktorer (Lundh et al., 2011a; Lundh et al., 2011b).

Demografiskt sett är självskadebeteende vanligast bland ungdomar och unga vuxna (15–19 år för kvinnor och 20–24 år för män). Det förekommer i alla grupper men är vanligare bland personer med socioekonomisk utsatthet, bland ensamstående eller frånskilda och personer som saknar socialt stöd, är arbetslösa eller har en kronisk sjukdom (Meltzer et al., 2002; Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists, 2003). Ensamhet, att tillhöra en sexuell minoritet, svåra livshändelser och kroppslig sjukdom har också ett starkt samband med självskadebeteende (Batejan et al., 2015; Gratz, 2003; Klonsky & Glenn, 2009; Little, 2001; NICE, 2004; Taliaferro & Muehlenkamp, 2014).

Bland möjliga skyddsfaktorer nämns ofta effektiva strategier för att hantera negativa känslor, samt socialt stöd (Klonsky & Glenn, 2009). Risk- och skyddsfaktorerna listade ovan är ospecifika och gäller flertalet psykiska sjukdomar och problem. Det är ännu för tidigt att med säkerhet uttala sig om självskadespecifika riskfaktorer.

Förekomst

I psykiatrisk vård

En undersökning som efterfrågat prevalensen av självskadebeteende hos personer som får vård inom psykiatri (Odelius & Ramklint, 2014). Ett representativt urval från såväl vuxen- som barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i samtliga sjukvårdsområden tillfrågades om deltagande. Totalt

deltog 84 kliniker från 15 städer. För undersökningen användes en checklista (DSHI-9) där man efterfrågade förekomsten av nio olika självskadebeteenden. Av de svarande hade 47,2 % skadat sig vid något tillfälle under de senaste sex månaderna, framförallt unga kvinnor. Av kvinnor under 18 år hade 73,8% skadat sig de senaste sex

månaderna. Det var vanligare med självskadebeteende inom slutenvården än öppenvården. Inga geografiska skillnader noterades. Bland de som skadat sig hade 91,1 % haft självmordstankar och 52,25 % hade utfört självmordsförsök någon gång under livet. Var tredje hade inte berättat för sin behandlare om självskadebeteendet och detta var särskilt vanligt bland män.

Socialstyrelsen för register över diagnoser vid slutenvård. Det är viktigt att komma ihåg att många personer med självskadebeteende aldrig söker vård för sina skador och av de som söker vård blir endast ett fåtal inlagda. Det som kan utläsas ur registret är att sjukhusvård för självskadebeteende (definierat som X-diagnoser enligt International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, ICD 10; World Health Organization, 1992) är vanligast i åldern 15–24 år, och att inläggning är vanligare bland kvinnor. Sedan 1990-talet har antalet inläggningar av kvinnor i åldern 15–24 år ökat med 50 % för att nå en topp 2008. Därefter har en viss minskning skett men förekomsten är fortfarande väsentligt högre än under 1990-talet. Att det skett en ökning den senaste tioårsperioden beror främst på att fler män vårdas efter avsiktlig självskada. Det är dock bland unga kvinnor som vård efter självskada är vanligast (Socialstyrelsen, 2013). Viktigt att komma ihåg är att det bara rör de individer som fått sjukhusvård för sin självskada och där vårdgivaren korrekt dokumenterat detta. En möjlig felkälla är att medvetenheten hos vårdpersonal om självskadebeteende stadigt ökat sedan 1990-talet vilket skulle kunna förklara en del av den ökade andelen slutenvårdade på en avsiktlig självskada. En annan möjlig felkälla är att användandet av checklistor med exempel på olika självskadebeteenden kan skapa en felaktig överrepresentation av de efterfrågade beteendena jämfört med de som inte efterfrågas.

I befolkningen

Självskadebeteende debuterar oftast i yngre tonåren och incidensen ökar fram till ung vuxen ålder för att sedan avta (Plener et al., 2015). Det förekommer dock även hos barn som är yngre än 12 år (Ross & Heath, 2002). Longitudinell uppföljning av ungdomar som skadat sig visar dock att de har en ökad risk för psykisk sjukdom, fortsatt självskadebeteende och missbruk (Mars et al., 2015). Vid mätningar av självskadebeteende varierar förekomsten mycket, främst beroende på att olika definitioner och mätmetoder använts (Muehlenkamp et al., 2012; Swannell et al., 2014). De svenska undersökningar som har genomförts av självskadebeteende hos ungdomar i högstadiet och gymnasiet har gett relativt samstämmiga resultat: När ungdomar fått svara på frågor från en checklista med exempel på olika självskadebeteenden svarar 35–42 % att de vid åtminstone ett tillfälle avsiktligt skadat sig med någon av de omnämnda metoderna under det senaste halvåret eller året (Jutegren et al., 2011; Lundh et al., 2011a; Zetterqvist et al., 2013). I exemplen ingår både lindrigare och allvarligare former av självskadebeteende. Merparten av ungdomarna i dessa icke-kliniska grupper visade inga övriga tecken på psykisk ohälsa (Bjärehed et al., 2012). Högre förekomst rapporteras ofta när omfattande frågeformulär används där många olika självskadebeteenden efterfrågas, jämfört med en-frågeformulär (Landstedt & Gådin, 2011; Zetterqvist et al., 2013). Internationellt uppskattas förekomsten av självskadehandlingar (utan självmordsavsikt) hos ungdomar till 13–28 % (Brunner et al., 2014; Heath et al., 2009; Jacobson & Gould, 2007; Muehlenkamp, et al., 2012; Spears et al., 2014; Swannell, et al., 2014) men enskilda studier har även påvisat högre frekvenser. En omfattande internationell genomgång av 52 studier av förekomst av självskadebeteende visar likande resultat (Muehlenkamp et al., 2012).

Könsskillnader

Flera studier av ungdomar visar att fler flickor än pojkar har självskadebeteende (Bresin & Schoenleber, 2015; Lundh et al., 2011a; Muehlenkamp et al., 2009; Ross & Heath, 2002; Wong et al., 2007; You et al., 2011). Självskadebeteende är dock vanligare hos pojkar än man tidigare trott (Jutegren et al., 2011; Lundh et al., 2011a; Rodham & Hawton, 2009; Zetterqvist et al., 2013). Det finns visst stöd för att pojkar och flickor skadar sig på olika sätt. Som ett exempel kan nämnas att flickor är överrepresenterade vad gäller att skära sig och ta tablet-ter, medan pojkar exempelvis oftare avsiktligt bränner eller slår sig för att skada sig (Claes et al., 2007; Izutsu et al., 2006; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Lundh et al., 2007; You et al., 2011). Det finns också visst belägg för att pojkar och flickor skadar olika kroppsdelar där

flickor oftare rapporteras skada armar och ben medan pojkar oftare skadar bröstorg, ansikte och genitalier (Sornberger et al., 2012). Det finns därmed anledning till viss försiktighet när data tolkas utifrån könsskillnader. Prevalensen av självskadebeteende mäts oftast genom checklistor som efterfrågar ett antal specifika beteenden. Det är möjligt att självskadebeteenden som saknas i dessa checklistor oftare används av pojkar (Bjärehed et al., 2012; Lundh et al., 2007). En ytterligare faktor som komplicerar är att självskadebeteende och då framförallt att skära sig i armarna är något som i media i hög grad förknippats med femininitet vilket kan leda till att pojkar och män väljer andra metoder att skada sig för att inte riskera att bli betraktade som omanliga (Johansson, 2010).

Självskadebeteende och internetanvändande

Det är inte ovanligt att ungdomar med självskadebeteende kontakter andra personer med självskadebeteende via internet. Detta kan ha både positiva och negativa effekter på både måendet och beteendet (Baker & Lewis, 2013; Johansson, 2010; Lewis et al., 2012). Å ena sidan kan internet ge ökad tillgång till socialt stöd och möjlighet till att utbyta konstruktiva erfarenheter kring hantering av självskadebeteende. Erfarenheter finns beskrivna av minskat självskadebeteende relaterat till att besöka hemsidor om självskadebeteende (Harris & Roberts, 2013). Lewis & Michal (2016) rapporterar att flertalet ungdomar verkar ha positiva erfarenheter av internetforum/applikationer för personer med självskadebeteende, även om negativa rapporter finns. Att det finns både fördelar och potentiella risker med internetaktiviteter relaterade till självskadebeteende relaterade till självskadebeteende framkommer även i en nyligen publicerad systematisk litteraturgenomgång (Lewis, & Seko, 2015).

Som kontrast till ovanstående visar en internationell studie som inkluderat mer än 11 000 ungdomar, en stark koppling mellan skadligt internetanvändande och flera former av psykisk ohälsa, bland annat självskadebeteende (Kaess et al., 2014). Det finns stora mängder självskaderelaterat material på internet och delar av detta material kan bidra till att självskadebeteende normaliseras och uppmuntras (Lewis et al., 2011; Whitlock et al., 2006). Personer kan via internet lära sig nya sätt att skada sig själva och triggas i sitt självskadebeteende. Skälen till att vilja visa sina självskador på internet verkar dock skilja sig från skälen till att självskada (Rodham et al., 2013).

Sammanfattningsvis kan internet användas på ett sätt som är positivt för individen såväl som att det kan trigga och förvärra självskadebeteende. Därför är det viktigt att behandlare tar upp ämnet med personer som söker vård och utforskar vilken funktion internetanvändandet fyller och hur det påverkar individen.

Rekommenderad litteratur

Kunskapsöversikt om självskadebeteende där dokumenten kan hämtas från www.nationellasjlvskadeprojektet.se

- Vad visar forskningen om behandling av självskadebeteende? av Lars-Gunnar Lundh, 2012, uppdaterad 2013.
- Behandling av Självskadande beteende hos unga kvinnor av Therese Sterner, 2012.
- Patienters upplevelser av vården för självskadebeteende av Sofia Åkerman och Therese Eriksson, 2012.
- Clinical Guidelines for Deliberate Self-Harm, Non-Suicidal Self-Injury and Borderline Personality Disorder av Sophie Liljedahl 2012.
- Behandling av självskadande patienter i heldygnsvård: fynd från forskningen av Jonas Bjärehed och Anne Åkesson, 2015.
- Aktuella teman inom självskadeforskning med relevans för behandlingsarbetet. Terminologi och diagnostik, förekomster, allvarlighetsgrad, förståelsemodell, social smitta och internet av Jonas Bjärehed 2012.

Övrig litteratur på svenska

Allaskog, C., Åkesson, A. (2013) Ibland finns inga enkla svar. Föreningen SHEDO.

Kåver, A. (2007) Att leva ett liv, inte vinna ett krig: om acceptans. Natur och Kultur.

Kåver, A., & Nilsson, Å. (2002) Dialektisk Beteendeterapi vid Emotionellt instabil personlighetsstörning. Natur och Kultur.

Perseus, K. (2012) Att tämja en vulkan: om emotionell instabilitet och självskadebeteende. Studentlitteratur AB.

Wallroth, P., & Rydén, G. (2008). Mentalisering: Att leka med verkligheten. Stockholm: Natur & Kultur.

Young, J., & Klosko, J. (1993). Lev som du vill och inte som du lärt dig. Natur och Kultur.

Åkerman, S. (2009) För att överleva – om självskadebeteende. Natur och Kultur.

Överland S. (2010) Självskadande beteende. Studentlitteratur AB.

Övrig litteratur på engelska

Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2006). Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder – A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press.

Gratz, K. L., & Chapman, A.L. (2009). Freedom from Self-harm. Overcoming Self-Injury with Skills from DBT and Other Treatments. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.

Nixon, M. K., & Heath, N. L. (Eds.) (2009). Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention. New York, NY: Routledge.

Nock, M. K. (Ed.). (2009). Understanding non-suicidal self-injury. Origins, assessment and treatment. Washington DC: American Psychological Association.

Hawton, K., Rodham, K., & Evans, E. (2006). By their own young hand. Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents. London: Jessica Kingsley Publishers.

McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2007). The dialectical behavior therapy skills workbook. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Walsh, B. W. (2006). Treating self-injury. A practical guide. New York, NY. The Guilford Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press.

APPENDIX

APPENDIX I:

Rekommendationer

Rekommendation:

Medkänsla, respekt och värdighet

Individer med självskadebeteende ska bemötas med medkänsla, respekt och värdighet. All personal, inom såväl vård som administration, skall ha specifika kunskaper för att i sitt uppträdande kunna förmedla detta. Detta gäller särskilt i situationer då individen anses utgöra en fara för sig själv.

Rekommendation:

Bedömning på akutmottagning

Individer som söker vård efter en självskadehandling ska få en bedömning av sin kroppsliga hälsa relaterat till skadan, sin psykiska hälsa, sociala omständigheter samt risk för återkommande självskadehandlingar och självmord.

Rekommendation: Utredning

Individer med upprepat självskadebeteende ska erbjudas en utredning, utformad utifrån individens specifika situation. En förnyad utredning bör också initieras om erbjuden behandling inte gett resultat efter sex månader. Syftet med utredningen är planering av fortsatta insatser och behandling.

Rekommendation: Riskhanteringsplan

Behandlaren och individen arbetar tillsammans fram en riskhanteringsplan som ska innehålla en beskrivning av sårbarhets- och skyddsfaktorer för framtida självskadebeteende samt en krisplan.

Rekommendation: Information och överenskommelse om behandling

Behandlaren ska tillsammans med individen gå igenom innehållet i bedömningar samt styrkor och begränsningar med tillgängliga behandlingar. Med utgångspunkt från denna diskussion sluter individen och behandlaren tillsammans en överenskommelse om behandlingen. Samtycke att dela informationen med närstående ska efterfrågas och dokumenteras.

Rekommendation: Behandling

Vårdgivaren ska erbjuda insatser och behandlingar som är strukturerade för självskadebeteende samt behandling för eventuell samsjuklighet. Behandlingseffekten bör systematiskt utvärderas.

Rekommendation: Kontinuitet och samarbete

För individer som har behov av insatser från flera huvudmän bör en kontaktperson utses som är huvudansvarig för att samordna insatserna och tillsammans med individen göra upp en plan vid tillfällen då vården överförs mellan två enheter.

APPENDIX II:

Stöd för implementering

För att implementera rekommendationerna i vården krävs strukturerade processer och kontinuerlig uppföljning i alla landsting/regioner. Nya kunskaper, arbetsätt och rutiner behöver förankras hos all berörd personal, även på ledningsnivå. En regional strategi bör innehålla processer med tillhörande handlingsplaner, mål och utvärderingsverktyg knutna till rekommendationerna. Självskade-

beteende som specifikt område bör finnas med i verksamhetens kontinuerliga arbete rörande lärande, kvalitetssäkring och patientsäkerhet.

Nationella Självskadeprojektet arbetar under 2016 med att utveckla stöd till implementering i form av websida och utbildningar.

REKOMMENDATION	PROCESS	UTVÄRDERINGSMÅTT
Medkänsla, respekt och värdighet	<p>Alla som kommer i kontakt med individer med självskadebeteende ska utbildas i bemötande och förhållningssätt.</p> <p>Inom heldygnsvård finns en gemensam kunskapsbas och ett förhållningssätt för att undvika att bemötandet leder till försämring för individen och behov av tvångsåtgärder.</p>	<p>Antal utbildningstillfällen med dokumenterad närvaro. Andel av medarbetare som genomgått utbildning.</p> <p>Undersökningar som mäter attityder och kvalitet i bemötandet genom exempelvis enkät till individer med självskadebeteende och medarbetare.</p> <p>Inom akut- och heldygnsvården ges regelbunden handledning i bemötande och förhållningssätt vid självskadebeteende.</p> <p>Ett strukturerat arbete för att minska användandet av tvångsåtgärder bedrivs vid kliniken.</p>
Bedömning på akutmottagning	<p>Kunskap hos medarbetare på medicinsk och kirurgisk akutmottagning om inledande bedömningar vid självskadebeteende.</p>	<p>Utbildningstillfällen om inledande bedömning vid självskadebeteende för personal på medicinsk och kirurgisk akutmottagning där utbildare från psykiatri medverkat.</p>
Utredning	<p>Syftet med utredningen är att förstå individens resurser och behov vilket utgör grunden för behandlingsplanen.</p> <p>Rutiner för att säkerställa att resultaten av utredningen delas med individen och i relevanta fall, då individen gett sitt samtycke, även dennes närstående.</p>	<p>Andelen personer med självskadebeteende som inte haft god effekt av insatt behandling efter 6 månader som har genomgått utredning.</p>

REKOMMENDATION	PROCESS	UTVÄRDERINGSMÅTT
Riskhanteringsplan	<p>Skriftliga rutiner för hur en riskhanteringsplan upprättas och vad den ska innehålla.</p> <p>I rutinerna ska speciellt betonas vikten av att såväl individen som behandlaren är delaktiga vid upprättandet av krisplanen och åtar sig att följa denna.</p>	<p>Kvoten mellan antalet individer som har en riskhanteringsplan och antalet individer som har dokumenterad självskada vid åtminstone fem tillfällen det senaste halvåret.</p> <p>Antal individer med självskadebeteende där det finns dokumenterat att de fått en papperskopia utskriven av sin riskhanteringsplan.</p>
Information och överenskommelse om behandling	<p>Individer som söker vård för självskadebeteende ska tillsammans med sin behandlare diskutera resultat av utredningar och för och nackdelar med de olika behandlingsmetoder som erbjuds.</p> <p>Individen ska vara delaktig i planering och beslut om insatserna och i arbetet att utvärdera dess effekter.</p>	<p>Kvoten mellan antalet individer med självskadebeteende där diskussionen dokumenteras och antalet individer som behandlats för självskadebeteende.</p> <p>Rutiner finns för hur individen får information och blir delaktig i planeringen av sin vård.</p> <p>Förekomst av signeringsrutin i journal-systemet när individen informerats om möjliga behandlingsalternativ och gett samtycke till den behandling som initierats.</p> <p>Genomförd utbildning i metodik för att stärka individens ställning och förmåga till delaktighet, såsom delat beslutsfattande.</p>
Behandling	<p>Systematisk utvärdering på individnivå av initierade behandlingar.</p> <p>Ett för upptagningsområdet dimensionerat utbud av behandlingsmetoder som möter behoven hos individen med självskadebeteende oavsett allvarlighetsgrad och samsjuklighet.</p>	<p>Förekomst av rutiner för systematisk behandlingsutvärdering.</p> <p>Analys av tillgängliga behandlingsinsatser relaterat till aktuella rekommenderade behandlingar för självskadebeteende.</p>
Kontinuitet och samarbete	<p>För individer som har behov av vård från mer än en huvudman utses tillsammans med individen en ansvarig kontaktperson eller case manager med ansvar att säkra kontinuiteten i vårdkedjan. Kontaktpersonen ska vara kunnig om lokala och regionala stödinsatser samt kriterier för att få tillgång till dessa. Den ska även ha tillgång till individens journal.</p> <p>Kontaktpersonen behåller sitt uppdrag även då individen med självskadebeteende oförutsett avbryter behandling alternativt byter vårdgivare.</p> <p>Implementering av samordnad individuell plan för personer med självskadebeteende och behov av stöd från flera huvudmän.</p> <p>Konsultativ/utbildande roll för att stödja samverkande organisationer att bemöta personer med självskadebeteende på rätt sätt.</p>	<p>Antal personer med självskadebeteende och behov av vård från mer än en huvudman, som har en kontaktperson med mandat och roll beskrivet i kolumnen process.</p> <p>Antalet samtal till kontaktpersonen från individen med självskadebeteende kan ge en uppskattning om hur mycket stöd dessa individer får gällande kontinuitet i vården.</p> <p>Antal personer med självskadebeteende med behov av insatser från fler huvudmän som har en aktuell samordnad individuell plan.</p> <p>Förekomst av samverkansavtal och/rutiner som reglerar smidiga övergångar för individen mellan olika vårdgivare och minimerar risk för avbrott i socialt stöd och behandling då personen har insatser från flera huvudmän.</p> <p>Medarbetare i primärvård, akutvård och andra organisationer som psykiatrin samverkar med har fått utbildning i bemötande av självskadebeteende och inledande bedömningar.</p>

APPENDIX III:

Vetenskapligt underlag

Svensk sjukvård ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet (Patientsäkerhetslagen, 2012:659, Kap 6, §1). Ofta lyfts begreppet evidens. Evidens betyder "vetenskapligt stöd" och är ett mått på kvaliteten på, och antalet vetenskapliga studier som prövat en viss behandlingsmetod. En mycket effektiv behandlingsmetod kan till exempel sakna evidens om den är ny och endast ett fåtal, mindre studier hunnit pröva den.

Gällande bemötande, utredning och behandling av individer med självskadebeteende finns i många fall ännu inte tillräcklig evidens. I vissa avsnitt har därför hämtat kunskap från enskilda studier och hänvisar då till dessa. I andra avsnitt finns inga vetenskapliga studier gjorda som är specifika för individer med självskadebeteende. Om dessa avsnitt bedömts vara av stor vikt för implementeringen av rekommendationerna formuleras det kring området. I dokument används könsneutrala uttryck om personer med självskadebeteende trots att studier på många vedertagna behandlingar endast inkluderat kvinnor.

Gruppen har inte haft resurser för att göra en oberoende bedömning av evidensgrad gällande bakgrundsmaterialet. Nedan listas de texter som utgör stommen i kvalitetsdokumentet:

Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists (2003). The psychological care of medical patients: A practical guide (2nd ed.). Hämtas från: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdf-version/cr108.pdf>

NICE, (2004). Self-Harm: the Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. NICE clinical guideline 16. Hämtas från: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg16>

NICE, (2011). Self-harm: Longer-Term Management. NICE clinical guideline CG133. Hämtas från: <http://www.nice.org.uk/cg133>

NICE, (2013). Quality standard for self-harm. Hämtas från: <http://www.nice.org.uk/guidance/QS34>

För projektet gjordes 2012 en kunskaps-sammanställning som också varit utgångspunkt i arbetet med föreliggande dokument: <http://www.nationellasjlvskadeprojektet.se/om-projektet/delprojekt/sammanstallning-av-kunskap-.html>

Sammanställningen innehöll följande delrapporter:

1. Lundh, L. G. (2012, uppdaterad 2013). Behandlingseffekter på självskadebeteende: Vad visar forskningen.
2. Sterner, T. (2012). Kliniska erfarenheter.
3. Eriksson, T & Åkerman, S. (2012). Patienters upplevelser av vården för självskadebeteende.
4. Liljedahl, S. I. (2012). Clinical guidelines for deliberate self-harm, non-suicidal self-injury and borderline personality disorder.
5. Bjärehed, J. (2012) Aktuella teman inom självskadeforskning med relevans för behandlingsarbete: Terminologi och diagnostik, förekomster, allvarlighetsgrad, förståelsemodeller, social smitta, och internet.

SBU. (2015). Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU Alert-rapport nr 2015-04. ISSN 1652-7151. Hämtas på: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Erfarenheter-och-upplevelser-av-bemotande-och-hjalp-bland-personer-med-sjlvskadebeteende/>

APPENDIX IV:

Remissgrupp och revisionsprocess

SBU. (2015) Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 242. ISBN 978-91-85413-86-7. Hämtas på: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Instrument-for-bedomning-av-suicidrisk/>

SBU (2015). Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 241. ISBN 978-91-85413-85-0. Hämtas på: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Skolbaserade-program-for-att-forebygga-sjalvskadebeteende-inklusive-suicidforsok/>

Personer som under våren 2014 gett synpunkter i remissförandet.

Stefan Andersson, psykolog, Göteborg
Jerry Bergström, Enhetschef, Göteborg
Johan Bjureberg, psykolog, doktorand, Stockholm
Peter Csatlos, psykolog, Stockholm
Lisa Ekselius, överläkare, professor, Uppsala
Camilla Hallek, överläkare, enhetschef, Stockholm
Clara Hellner Gumpert, överläkare, docent, Stockholm
Greta Hjelte, psykolog, Luleå
Anna Lindström, psykolog, Stockholm
Tomas Ljungberg, läkare, docent, Nyköping
Margareta Malm, chefsöverläkare, Göteborg
Karin Nordberg, psykiatrisamordnare, Norrbotten
Karin Ovefelt, psykolog, Stockholm
Lise-Lotte Risö Bergerlind, överläkare, Göteborg
Göran Rydén, överläkare, verksamhetschef, Stockholm
Hanna Sahlin-Berg, psykolog, doktorand, Stockholm
Ellinor Salander, psykolog, professor, Umeå
Anke Samulowitz, utvecklingsledare, Göteborg
Magnus Skog, enhetschef, Borås
Elin Valentin, psykolog, vårdutvecklare, Dalarna

I syfte att genomföra mindre förändringar i dokumentet till följd av synpunkter som kommit in från sjukvårdspersonal genomfördes en mindre uppdatering hösten 2015. Samtliga medlemmar i programgruppen gavs möjlighet att göra justeringar och uppdatera referenser. Ingen systematisk litteraturgenomgång gjordes vid denna revision då tiden som förflutit sedan föregående genomgång bedömdes som alltför kort. Förändringarna sammanställdes under februari 2016.

Inför revisionen som slutfördes februari 2016 har styrelsen för DBT-Scandinavia med psykolog Elisabeth Malmqvist som ordförande gett värdefulla synpunkter.

REFERENSER

REFERENSER

- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology* 39, 389-400.
- Alley, C. S. (2014). The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: A systematic PRISMA review. *BioMed Central Psychiatry* 14, 133. doi: 10.1186/1471-244X-14-133.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arbuthnott, A.E., & Lewis, S. P. (2015). Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 9, 35.
- Asarnow, J. R. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50, 772-781.
- Baker, D., & Fortune, S. (2008). Understanding self-harm and suicide websites: A qualitative interview study of young adult website users. *Crisis*, 29, 118-122.
- Baker, D., & Lewis, S. P. (2013). Responses to online photographs of non-suicidal self-injury: a thematic analysis. *Archives of Suicide Research* 17, 223-35.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 400-412.
- Batejan, K. L., Jarvi, S. M., & Swenson, L. P. (2015). Sexual orientation and non-suicidal self-injury: A meta-analytic review. *Archives of Suicide Research*, 19, 131-150.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In J. G. Allen, P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 185-200). New Jersey, New York: John Wiley & Sons Inc.
- Bateman, A.W., Ryle, A., Fonagy, P., & Kerr, I.B. (2007). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy Compared. *International Review of Psychiatry*, 19, 51-62.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C., & Gratz, K. L. (2015). Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-13. <http://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Bjärehed, J., Wångby-Lundh, M., & Lundh, L-G. (2012). Non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents: Subgroups, stability, and associations with psychological difficulties. *Journal of Research on Adolescence*, 22, 678-693.
- Bjärehed, J., & Åkesson, A. (2015). *Behandling av självskadande patienter i heldygnsvård: fynd från forskningen*. Lunds Universitet/ Nationella självskadeprojektet. Hämtad från: <http://www.nationellasjvskadeprojektet.se>
- Bolton, J.M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *British Medical Journal* 351, h4978.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 499-508.
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., & Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 354-364.
- 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, 1459-1465.
- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., ... Flood, C. (2006). *The City 128 Study of Observation and Outcomes on Acute Psychiatric Wards: Report to the NHS SDO Programme*. City University. Hämtad från <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/city128/city128.pdf>
- Breeze, J. A., & Repper, J. (1998). Struggling for control: the care experiences of 'difficult' patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1301-1311.

- Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Changes in negative affect following pain (vs. nonpainful) stimulation in individuals with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders, 4*, 62–66.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: metaanalysis. *Clinical Psychology Review, 38*, 55–64.
- Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibiaseo, P. (2013). Treating Individuals With Intellectual Disabilities and Challenging Behaviors With Adapted Dialectical Behavior Therapy. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6*, 280–303.
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, ..., Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*, 337–348.
- Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal, 335*, 336. doi: 10.1136/bmj.39251.599259.55.
- Castonguay, L. G. (2013). Psychotherapy Outcome: An Issue Worth Re-Visiting 50 Years Later. *Psychotherapy, 50*, 52–67.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 271–279.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 371–394.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences, 42* (4), 611–621.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry, 162*, 297–303.
- Crawford, T., Geraghty, W., Street, K., & Simonoff, E. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence, 26*, 623–633.
- Denhov, A. (2007). Hjälpande relationer i psykiatrisk vård. Hämtad från: <http://www.psykiatrin Sodra.se/v/fou/rapporter.html>
- Dickinson, T., & Hurley, M. (2012). Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *Journal of Advanced Nursing, 68*, 147–158.
- Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 447–55.
- Eriksson, T., & Åkerman, S. (2012). Patienters upplevelser av vården för självskadebeteende. Kunskapsöversikt på uppdrag av Psykiatri Region Skåne. Hämtad från: <http://www.nationellasjvskadeprojektet.se/>
- Favazza, A. R. (1998). The coming age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 259–268.
- Ferrey, A.E., Hughes, N.D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., ..., Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ open, 6*, e009631
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry & Mental Health, 5*, 3–10.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York, NY: Other Press.
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BioMed Central public health, 8*, 369.
- Fox, K.R., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., & Nock, M.K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review, 42*, 156–67.
- Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, .R., Pickard, M., & Mitchell, A. J. (2006). Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 273–277.
- Fässberg, M.M., Cheung, G., Canetto, S.S., Erlangsen, A., Lapiere, S., Lindner, R., ... Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & mental health, 20*, 166–194.

- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized trial of schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Glenn, C.R., Franklin, J.C., & Nock, M.K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 44, 1–29.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 496–507.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*, 18, 375–378.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253–263.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192–205.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 238–250.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 63, 1091–1103.
- Gratz, K. L., Levy, R., & Tull, M. T. (2012). Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 265–280.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behavior Therapy*, 37, 14–25.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Levy, R. (2013). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 28, 1–14.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Review: Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17, 65–75.
- Hagen, E. H., Watson, P., & Hammerstein, P. (2008). Gestures of despair and hope: A view on deliberate self-harm from economics and evolutionary biology. *Biological Theory*, 3, 123–138.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482–495.
- Harris, I. M., & Roberts, L. M. (2013). Exploring the use and effects of deliberate self-harm websites: an Internet-based study. *Journal of Medical Internet Research* 15, e285. doi: 10.2196/jmir.2802.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207–1211.
- Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T.L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., (...) van Heeringen, K. (2015). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7, CD011777.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., (...) Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12, CD012013.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M. K. (2009). Self-injury today. Review of population and clinical studies in adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention* (pp. 9–27). New York, NY: Routledge.
- Helleman, M., Goossens, P. J. J., Kaasensbrood, A., & van Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing* 23, 442–450. doi: 10.1111/ppc.12023.
- Helleman, M., Goossens, P. J. J., Kaaseenbrood, A., & van Achterberg, T. (2013). Evidence base and components of brief admission as an intervention for patients with borderline personality disorder: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, 65–75.

- Hoffman, P., Fruzzetti, A., Woodward, P., Kavanagh, B., Penney, D., & Penney, T. (2005). *Family Connections* (Revised Edition). Rye, NY: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16.
- Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., (...) Yoshikawa, K. (2006). Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 172–176.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11, 129.
- Jacobson, C. M., & Mufson, L. (2012). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents adapted for self-injury (IPT-ASI): Rationale, overview, and case summary. *American Journal of Psychotherapy*, 66, 349–374.
- 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, 301–309.
- Johansson, A. (2010). *Självskada. En etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande*. Umeå, Sweden: Bokförlaget h:ström – Text & Kultur.
- Kaess, M., Durkee, T., Brunner, R., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., (...) Wasserman, D. (2014). Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 1093–1102. doi: 10.1007/s00787-014-0562-7.
- Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, S., & Miller, A.L. 2004. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 276–282.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936–951.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215–219.
- Klonsky, E.D., Glenn, C.R., Styer, D.M., Olino, T.M., Washburn, J.J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9, 44.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63, 1045–1056.
- Kress, V., E., & Hoffman, R. M. (2008). Non-suicidal Self-Injury and Motivational Interviewing: Enhancing Readiness for Change. *Journal of Mental Health counseling* 30, 311–329.
- Landstedt, E., & Gådin, K. G. (2011). Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 17–25.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005) Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence* 34, 447–457.
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Denis, S., M, J., & Noble, R. (2011). The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*, 127, 552–557.
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., & Duggan, J. M. (2012). Non-suicidal self-injury, youth, and the internet: What mental health professionals need to know. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 13.
- Lewis, S. P., & Michal, N. J. (2016). Start, stop, and continue: Preliminary insight into the appeal of self-injury e-communities. *Journal of Health Psychology* 21, 250–260. doi: 10.1177/1359105314527140.
- Lewis, S. P., & Seko, Y. (2015). A double edged sword: A review of benefits and risks of online nonsuicidal self-injury activities. *Journal of Clinical Psychology*. 72, 249–262. doi: 10.1002/jclp.22242.
- Liljedahl, S. I (2012). Clinical guidelines for deliberate self-harm, non-suicidal self-injury and borderline personality disorder. Kunskapsöversikt på uppdrag av Psykiatri Skåne. Rapporten finns att hämta på: <http://www.nationellasjlvskadeprojektet.se/>
- Liljedahl, S. I., & Westling, S. (2014). A unified theoretical framework for understanding suicidal and self-harming behavior: Synthesis of diverging definitions and perspectives. The: 3rd International Conference on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders. Rome, Italy.
- Lindgren, B-M. (2011). *Self-harm – hovering between hope and despair* (Doktorsavhandling). Umeå Universitet, Institutionen för omvårdnad. Hämtad från: <http://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A450367&dswid=344>

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2009) University of Washington Risk Assessment Action Protocol: UWRAMP, University of WA, Unpublished Work.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 218-232.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® Skills Training Manual*. Second Edition. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Korslund, K.E., Harned, M.S., Gallop, R.J., Lungu, A., Neacsiu, A.D., (...) Murray-Gregory, A.M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *Journal of the American Medical Association psychiatry*, 72, 475-482. doi: 10.1001/jama-psychiatry.2014.3039.
- Linnér, A., Perry, K., Sonesson, H., Noltorp, L., Wänstrand, M., Hollander, F., & Ahlfeldt, C. (2013). *An-hörigutbildning familjeband*. Unpublished Manual. Lund, Sweden.
- Little, J. N. (2001). Embracing gay, lesbian, bisexual, and transgendered youth in school-based settings. *Child and Youth Care Forum*, 30, 99–110.
- Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session at the annual meet-ing of the Society for Behavioral Medicine. New Orleans, LA.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183–1192.
- Lundh, L. G. (2013). *Behandlingseffekter på självska-debeteende: Vad visar forskningen*. Rapport förberedd för Psykiatri Region Skåne. Hämtas från: <http://www.nationella-sjalvskadeprojektet.se/>
- Lundh, L., G., Karim, J., & Quillisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology* 48, 33–41.
- Lundh, L. G., & Wångby, M. (2007). *Programmet Familjeband som anhängigstöd inom psykiatrin*. En svensk utvärdering. Lund University. Hämtad från: <http://www.slso.sll.se/upload/Psykiatri%20Nordv%C3%A4st/BORP/Family%20Connections%20rapport.pdf>
- Lundh, L. G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011a). Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 476–483.
- Lundh, L., G., Wångby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., & Bjärehed, J. (2011b). Depressive symptoms and deliberate self-harm in a community sample of adolescents: A prospective study. *Depression Research and Treatment* 2011, 935871. doi: 10.1155/2011/935871.
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., (...) Gunnell D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. *British Medical Journal* 349, g5954.
- Martin, J., Bureau, J.F., Cloutier, P., & Lafontaine, M.F. (2011). A comparison of invalidating family environment characteristics between university students engaging in self-injurious thoughts & actions and non-self-injuring university students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 1477–1488.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing* 14, 4–10.
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up period. *American Journal of Psychiatry*, 169, 650–661.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Kormann, L., (...) Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., (...) Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53, 1082–1091.
- Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., Singleton, N., Jenkins, R., & Brugha, T. (2002). *Non-fatal suicidal behaviour among adults aged 16–74 in Great Britain*. London, United Kingdom: Office of National Statistics.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Minshawi, N. F., Hurwitz, S., Fodstad, J. C., Bieble, S., Morriss, D. H., & McDougle, C. J. (2014). The association between self-injurious behaviors and autism spectrum disorders. *Psychology Research and Behavior Management* 7, 125–136.

- Minshawi, N.F., Hurwitz, S., Morriss, D., McDougle, C.J. (2015). Multidisciplinary assessment and treatment of self-injurious behavior in autism spectrum disorder and intellectual disability: integration of psychological and biological theory and approach. *Journal of autism and developmental disorders*, 45, 1541–1568
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10. doi:10.1186/1753-2000-6-10.
- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M., & Claes, L. (2009). Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Archives of Suicide Research* 13, 317–29.
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in Nursing and Health*, 22, 285–293.
- NICE. (2004). Self-Harm: the Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. NICE clinical guideline 16. Hämtad från: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg16>
- NICE. (2011). Self-harm: Longer-Term Management. NICE clinical guideline CG133. Hämtad från: <http://www.nice.org.uk/cg133>
- NICE. (2013). QS34: Quality standard for self-harm. Hämtad från: <http://publications.nice.org.uk/quality-standard-for-selfharm-qs34/introduction-and-overview>
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 159–168.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48, 4–8.
- Nyström, S., & Bergström, U. (2012) Med målet i sikte – Målinriktad och systematisk utvärdering av insatser för enskilda personer. Socialstyrelserapport. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18826/2012-9-3.pdf>
- Nyquist Potter, N. (2006). Trauma, truth and reconciliation: Healing damaged relationships. New York, NY: Oxford University Press.
- Odelius, C., & Ramklint, M. (2014). En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri.
- Nationella Självskadeprojektet/Uppsala Universitet. Hämtad från: <http://www.nationellasjlvskadeprojektet.se/download/18.1344ba471455d53fa1b559/1397728643998/Slutrapport+prevalensmätning+140410.pdf>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). 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*, 54, 97–107.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *The British Journal of Psychiatry* 181, 193–199.
- Sveriges Riksdag (2014). Patientlag (2014:821). Stockholm, Sweden: Sveriges Riksdag.
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fergert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549–1558. doi: 10.1017/S0033291708005114.
- Plener, P.L., Schumacher, T.S., Munz, L.M., & Groschwitz, R.C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2, 2. doi: 10.1186/s40479-014-0024-3.
- Richardson, B. G., Surmits, K. A., & Hyldahl, R. S. (2012). Minimizing social contagion in adolescents who self-injure: Considerations for group work, residential treatment, and the internet. *Journal of Mental Health Counseling*, 34, 121–132.
- Rodham, K., Gavin, J., Lewis, S. P., St. Dennis, J. M., & Bandalli, P. (2013). An investigation of the motivations driving the online representation of self-injury: a thematic analysis. *Archives of Suicide Research* 17, 173–83.
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury. Origins, assessment, and treatment* (pp. 37–62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ross, S., & Heath, N. (2002) A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67–77.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1304–1313.

- Royal College of Physicians, & Royal College of Psychiatrists (2003). *The psychological care of medical patients: A practical guide* (2nd ed.). Hämtad från: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr108.pdf>
- Runesson, B. (2015). Intervjuinstrument ger ingen säker bedömning av suicidrisk. *Läkartidningen*, 112: DRTZ
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Sahlin, H., Bjureberg, J., Gratz, K.L., Tull, M.T., Hedman, E., Bjärehed, J., Jokinen, J., Lundh, L-G., Ljótsson, B., & Hellner Gumpert, C. (Manuscript under review). *Emotion Regulation Group Therapy for deliberate self-harm: A multi-site effectiveness study*.
- Saunders, K. E. A., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139, 205–216.
- SBU. (2015a). *Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU Alertrapport nr 2015-04. Hämtad från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-utvarderar/erfarenheter-och-upplevelser-av-bemotande-och-hjalp-bland-personer-med-sjalsvskadebeteende/>
- SBU. (2015b) *Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 242. Hämtad från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-utvarderar/instrument-for-bedomning-av-suicidrisk/>
- SBU (2015c). *Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 241. Hämtad från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-utvarderar/skolbaserade-program-for-att-forebygga-sjalsvskadebeteende-inklusive-suicidforsok/>
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, S., Hawton, K., De Wilde, E. J., (...) van Heeringen, K. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry or pain and/or cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 601–607.
- Shaffer, D., Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. American Psychiatric Association. Hämtad från: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>. Accessed 1 Dec 2009.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50, 563–573.
- Socialstyrelsen (2004a) *Anmälningskyldighet om missförhållanden som rör barn*. Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-6-5>
- Socialstyrelsen (2004b). *Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder*. Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-123-24>
- Socialstyrelsen. (2012). *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-52>
- Socialstyrelsen. (2013). *Skador och förgifningar behandlade i slutenvård 2012*. Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-10-22>
- Socialstyrelsen. (2015). *Mätning av hälsa och funktionshinder. Manual till WHO:s formulär för bedömning av funktionshinder. WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-1>
- Sornberger, M., Heath, N., Toste, J., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal Self-Injury and Gender: Patterns of Prevalence, Methods, and Locations among Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 266-278.
- Spears, M., Montgomery, A. A., Gunnell, D., & Araya, R. (2014). Factors associated with the development of self-harm amongst a socio-economically deprived cohort of adolescents in Santiago, Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 629-37.
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197, 78–84.
- Sundell, K., & Ogden, T. (2012). Introduktion. In H. Håkansson (Ed.), *Att göra effektutvärderingar. En handbok* (pp. 19–48). Rapporten finns att hämta på: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18859/att-gora-effekt-utvarderingar.pdf>
- Sveriges kommuner och landsting (SKL). (2015). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Slutrapport 2014. Redovisning av bedrivet utvecklingsarbete. Diariennr 13/7159*. Hämtad från: <http://www.uppdragpsykiisk-halsa.se/slutrapport/>

- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, M. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 273–303.
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Risk Factors Associated With Self-injurious Behavior Among a National Sample of Undergraduate College Students. *Journal of American College Health*, 63, 40–48. doi: 10.1080/07448481.2014.953166.
- Taylor, L. M., Oldershaw, A., Richards, C., Davidson, K., Schmidt, U., & Simic, M. (2011). Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 39, 619–625.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Lewik-Tsirigotis, M. (2013). Manifestations of indirect self-destructiveness and methods of suicide attempts. *Psychiatric Quarterly*, 84, 197–208.
- Tureck, K., Matson, J. L., & Beighly, J. S. (2013). An investigation of self-injurious behaviors in adults with severe intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2469–74.
- Whiteside, M., Tsey, K., & Cadet-James, Y. (2011). A theoretical empowerment framework for trans-disciplinary team building. *Australian Social Work*, 64, 228–232.
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42, 407–17.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial (ADAPT). *The American Journal of Psychiatry*, 168, 495–501.
- Wong, J. P., Stewart, S. M., Ho, S. Y., & Lam, T. H. (2007). Risk factors associated with suicide attempts and other self-injury among Hong Kong adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37, 453–66.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO: 2014). *World health organization disability assessment schedule II WHODAS 2.0*. Hämtad från: http://www.who.int/classifications/icf/WHO-DAS2.0_36itemsINTERVIEW.pdf
- You, J., Leung, F., Fu, K., & Lai, C. M. (2011). The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research*, 15, 75–86.
- Young, J.E., & Klosko, J.S. (1993, 1994). *Reinventing your life*. New York, NY: Plume Books.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Zetterqvist, M., Lundh, L-G., Dahlström, Ö., & Svedin, C-G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 759–773.

