

OMVÅRDNADSSTRATEGIER I MÖTET MED DEN SJÄLVSKADANDE MÄNNISKAN

FÖRFATTARE	Arvid Sjödin
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad – Eget arbete
	VT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margaretha Zettergren
EXAMINATOR	Ingbritt Öhrn

Titel (svensk):	Omvårdnadsstrategier i mötet med den självskadande människan
Titel (engelsk):	Nursing strategies when facing people who self-injure
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	15
Författare:	Arvid Sjödin
Handledare:	Margaretha Zettergren
Examinator:	Ingbritt Öhrn

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Självskadebeteendet har fått alltmer uppmärksamhet på senare tid. Ungefär 5-7 % av alla ungdomar i västvärlden har någon gång medvetet skadat sig själva. Sjuksköterskor är antagligen en av de yrkesgrupper som oftast ställs inför utmaningen att bemöta och vårda dessa människor, ändå finns det relativt lite forskning på vilka åtgärder och förhållningssätt som är bäst lämpade i dessa sammanhang. **Syfte:** Studiens syfte var att få en övergripande bild av hur sjuksköterskans arbete med den självskadande patienten beskrivs i aktuella vetenskapliga studier, av hur man anser att denna verksamhet eventuellt bör förändras och utformas framöver, samt av vilken syn på självskadebeteende och den självskadande människan som ges uttryck för och hur detta eventuellt påverkar vården och forskningen på området. **Metod:** Efter databassökningar i Cinahl och Pubmed valdes tio relevanta artiklar ut, vilka utgjorde grunden för en litteraturoversikt. Artiklarna analyserades sedan utifrån ett antal frågeställningar som formulerats utifrån studiens syfte. **Resultat:** Sjuksköterskors praktiska arbete med självskadande människor beskrevs ofta som stående i motsats till de teorier och riktlinjer som fanns att tillgå. Bland de åtgärder som prövats empiriskt var det bara tillämpningen av principer från dialektisk beteendeterapi som visade goda resultat. Forskningen på området ansågs försvåras av terminologisk oenighet. Vidare forskning efterfrågades och nya infallsvinklar föreslogs. **Diskussion:** Den terminologiska diffusheten på området belystes. Omvårdnadens brister diskuterades utifrån Martinsens omvårdnadsfilosofi. Vikten av att uppnå konsensus vad gäller terminologin och att nå en djupare förståelse för självskadebeteendets skiftande orsaker och innebörder framhölls. **Slutsats:** För att utveckla en vård som kan möta de självskadandes behov krävs att vi erhåller en mer nyanserad bild av fenomenet och kommer underfund om vad det problem består i som vården bör inriktas mot.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Inledning	1
Förekomst av självskadebeteende	1
Klassifikationer: självskade- och självmordshandlingar	2
Orsaker	3
Behandling	4
Omvårdnad	4
Martinsens omvårdnadsfilosofi	5
Problemformulering	5
SYFTE.....	6
METOD.....	6
RESULTAT	6
Hur vården ser ut	6
Synen på självskadebeteende och hur det eventuellt påverkar omvårdnaden och forskningen på området	8
Hur vården av självskadande människor bör se ut	9
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
REFERENSER.....	14

BILAGOR:

1. ARTIKELÖVERSIKT

BAKGRUND

Inledning

På senare år framstår det som att självskadebeteende fått en allt större uppmärksamhet i Sverige, inte minst vad gäller dess förekomst hos unga kvinnor. Teorierna och spekulationerna har varit många både om hur omfattande och allvarligt problemet egentligen är och om vilka de bakomliggande orsakerna kan tänkas vara. I debatten har det ofta mellan raderna kunnat utläsas en föreställning om att fenomenet är relativt nytt, eller åtminstone att det ökat mer eller mindre explosionsartat den senaste tiden. Detta har lett till frågor om hur man från samhällets sida generellt och från hälso- och sjukvårdens sida i synnerhet ska ta itu med detta beteende - man har sett sig ställd inför en ny, svår utmaning. Denna utmaning ställs inte minst sjuksköterskan inför, då hon kanske är den yrkeskategori som oftast kommer i kontakt med dessa självskadande personer, till exempel på akutmottagningar och vårdcentraler, i skolhälsovården, inom den slutna eller öppna psykiatriska hälso- och sjukvården och på diverse sjukhusavdelningar.

Min egen erfarenhet – som visserligen är ganska liten - av hur detta fenomen ses på, diskuteras och bemöts bland personal inom hälso- och sjukvården är inte särskilt positiv. Med detta menar jag inte främst att man är negativt inställd till patienter med självskadebeteende, även om en sådan inställning på vissa håll verkar vara ganska utbredd, utan snarare att man tar avstånd från det och hanterar det synnerligen kort-hugget och kyligt. Det otillfredsställande omhändertagande som dessa personer drabbas av framkommer även i två stycken uppmärksammade självbiografier som kommit ut under 2000-talet, där unga kvinnor beskriver upplevelser av sitt självskadebeteende och av hur de har bemötts av olika samhälleliga instanser, framförallt sjukvården (1, 2).

Förekomst av självskadebeteende

Enligt en svensk enkätundersökning från 2001 (3) så har 7,4 % ($n=2969$) av de tillfrågade (ungdomar i åldern 13 till 18 år) någon gång medvetet skadat sig själva. Samtidigt visar en studie från Socialstyrelsen utförd 2004 (4) att vårdgivare och socialarbetare över hela landet upplever att självskadebeteendet på senare tid ökat bland flickor i åldern 13 till 18 år. Detta verkar stämma överens med statistik framtagen samma myndighet, vilken visar att antalet personer som behandlats på sjukhus till följd av avsiktliga självdestruktiva handlingar har ökat stadigt mellan 1998 och 2006, särskilt bland unga kvinnor i åldern 15-24 år (5). Om man till detta lägger att det sannolikt finns ett stort mörkertal - på grund av att många med detta problem inte kommer i kontakt med sjukvård eller socialtjänst, samt att många troligen döljer sitt beteende – så blir problemets omfattning tämligen stor (4, 6), även om man kanske inte kommer upp i de siffror man fann i en amerikansk undersökning från 2002 (7), som visade att 38 % ($n=133$) av de tillfrågade ungdomarna någon gång utfört en självskadehandling. Andra studier från USA kommer fram till helt andra resultat; allt från 4 % ($n=927$) (21 % ($n=390$) bland personer som vid undersökningstillfället behandlades för psykiatriska problem) (8) till 17 % ($n=2875$) (9). Hursomhelst så beskriver vissa amerikanska forskare självskade-

beteendet som ett folkhälsoproblem (10, 4). På andra håll i världen har man funnit med den svenska studien (3) mer samstämmiga resultat; 7 % ($n=6020$) i England (11) och 6,6 % ($n=4060$) i Norge (12), och Socialstyrelsen (6) hävdar att siffran internationellt sett ligger på 5-7 % bland ungdomsbefolkningen (2-4 % bland populationen i stort). Det är viktigt att påpeka att det i begreppet ”internationellt” i detta fall endast inbegrips USA, Australien och vissa europeiska länder. Vad gäller omfattningen av självskadebeteende i övriga världen så har jag inte funnit någon statistik.

Många av de texter som handlar om självskadebeteende tar endast upp hur detta ter sig hos yngre kvinnor, och även i mediareporteringen är det främst dessa som det skrivs och talas om. Bland de studier som gjorts på området framkommer i de flesta fall att beteendet är cirka tre till fyra gånger vanligare bland kvinnor än bland män (3, 4, 11), även om vissa undersökningar visar att skillnaden är näst intill obefintlig (7, 8), och Socialstyrelsen framhåller i linje med detta att olika internationella studier visar på olika resultat (6).

Som synes är det ganska varierande uppgifter som framkommer i de olika studierna, och Socialstyrelsen poängterar att det inte finns någon riktigt tillförlitlig statistik på området (6). Som orsak till detta framhåller man mångfalden av mätmetoder, olika typer av frågor, olika tidsperspektiv samt skillnader vad gäller vilka typer av självskadehandlingar som man inräknar. Vad gäller den ökning av självskadebeteende i Sverige som bland annat vårdpersonal vittnar om så är det inte osannolikt att detta i själva verket beror på att ungdomarna inte döljer beteendet lika mycket nu som innan eller att vårdgivarna uppmärksammar det mera (4). Å andra sidan finns det tillförlitlig data som visar att antalet ungdomar som vårdades på sjukhus till följd av självskadehandlingar faktiskt ökade från slutet av 90-talet och framåt (4, 5). Värt att nämna är dock att den av vårdpersonalen upplevda ökningen främst gäller skär- och rispskador (93 %) (4) och alltså inte innefattar till exempel intoxicationer, medan de som vårdats på sjukhus endast i undantagsfall (5-10%) har behandlats för sårskador (5, 6).

Klassifikationer: självskade- och självmordshandlingar

Avsiktliga självdestruktiva handlingar utan avsikt att begå självmord kan ta sig en mängd olika uttryck både vad gäller typ och allvarlighetsgrad (4, 6, 13, 14). En grundläggande indelning som ofta görs är den mellan handlingar som avser att tillfoga yttre, kroppsliga skador och de som snarare är till skada för de inre organen. I den sistnämnda kategorin finner man exempelvis intoxicationer och förtärande av rakblad eller andra vassa föremål. De yttre skadorna tillfogas bland annat genom att man skär eller rispar sig i huden, tuggar på sina fingrar, bränner sig med cigaretter, slår sig med hammare, dunkar huvudet eller handen mot en vägg eller framkallar infektioner i sår (hindrar dem från att läka). Dessutom skiljer sig självskadebeteendet åt mellan olika individer med avseende på hur ofta man gör det, hur länge man gör det och hur pass allvarliga skador man tillfogar sig (4, 6, 13-15).

I rapporteringen och informationen om självskadehandlingar behandlas dessa inte sällan ihop med självmordshandlingar (6), vilket till exempel är fallet med en omfattande amerikansk bok om psykiatrisk omvårdnad från 2005 (14). Socialstyrelsen (6) menar att dessa olika beteenden visserligen till viss del överlappar varandra, men att det ändå är

två helt skilda femomen. Man föreslår en avgränsning där skillnaden mellan självmords- och självska-dehandlingar märks i handlingens/beteendets dödlighet, upprepning och avsikt.

Detta att skillnaden mellan en självska-dehandling och en självmordshandling ligger i avsiktens beskaffenhet tas även upp på andra håll, bland annat hos Näslund (13). Man skulle kunna säga att självmordshandlingen syftar till att stänga av medvetandet - och därmed känslolivet - helt och hållet, medan självska-dehandlingens ändamål är att på något vis reglera känslorna (6). Vad gäller vilka känslor som man på detta sätt vill reglera så finner man en mängd olika förslag inom forskningen, och den generella slutsatsen verkar vara att det skiljer sig från fall till fall (6, 15). Trots detta kan man utrona vissa återkommande teman; ångestlindring (4, 6, 15), upplösning av inre spänningar (6), rop på hjälp (4, 15), försök komma bort från något (4), uppmärksamhetsönskan, minskning av obehagliga emotioner så som nedstämdhet, skuldkänslor, ensamhet och tomhet (6), samt upphävande av dissociativa tillstånd. Till detta kan även läggas avsikter som inte uppenbart syftar till att förändra det egna känslolivet, så som en vilja att uppnå en känsla av kontroll (13), självbestraffning (13, 15), borthållande av hemska minnen, försök att påverka omgivningen att bry sig om en (15), uttryck för vrede (13) samt ”ersättande” av en dunkel, inre smärta med en påtaglig, yttre.

Orsaker

Vad gäller teorier om vilka orsaker som kan tänkas ligga bakom ett självska-debeteende så menar Näslund (13) att forskningen på detta område är tämligen bristfällig och resultaten mångtydiga. Dock finner vi även här vissa återkommande teman. Att ha blivit utsatt för någon form av övergrepp - incest, andra sexuella övergrepp eller misshandel - i barndomen eller senare är något som ständigt återkommer, både som påvisade samvarierande faktorer (4, 6, 13) och som delar av olika psykodynamiska och andra psykologiska förklaringsmodeller (13-15). Trauma i form av tidig förlust av en förälder (13) eller kirurgiskt ingrepp eller sjukdom som kräver sjukhusvård under uppväxttiden är exempel på andra tänkbara bakomliggande orsaker. Enligt Näslund är dessa faktorer snarlika de som ger upphov till dissociationsupplevelser, och hon menar även att det sannolikt finns ett samband mellan detta och självska-debeteende, åtminstone hos personer med borderline personlighetsstörning. Andra omständigheter som i olika sammanhang tas upp som samvarierande faktorer eller tänkbara orsaker innefattar drogmissbruk (4, 13), mobbning (4), konflikter i familjen, självska-debeteende hos kompisar (4, 6), alkoholmissbruk eller depression hos förälder (13) och att vara intagen på institution (4, 13). Socialstyrelsen (4) uppmärksammar dessutom en studie visar dessutom att kränkningar är en samvarierande faktor i mer än hälften av fallen med självska-dande flickor.

Ovan nämnda företeelser finns i många fall även hos människor som inte ägnar sig åt självska-debeteende, och uppslagen om exakt hur dessa negativa omständigheter leder till självska-dehandlingar eller till känslor och föreställningar som i sin tur utlöser ett självska-debeteende är många. Utifrån ett psykodynamiskt synsätt hävdar till exempel Näslund (13) att det kan handla om en slags symbolisk kastrering, ett försök att hålla samman en splittrad kroppsupplevelse, en slitning mellan å ena sidan viljan till liv och å andra sidan mer destruktiva impulser eller botande av skuldkänslor kopplade till

sexualitet, medan Stuart (14) förklarar det som beroende på en obearbetad kris i den tidiga jagutvecklingen. Från sociologiskt håll har det bland annat föreslagits att självskadebeteendet hänger ihop med den förtryckande kvinnoroll som unga flickor påtvingas i det västerländska samhället, och självskadandet kan i förhållande till detta tolkas både som underkastelse och som protest (4, 13). En annan samhällelig förklaring är att det råder en diskrepans mellan den ökade stress som unga flickor utsätts för och de resurser (inre och yttre) som finns tillgängliga för att hantera denna påfrestning (13). Det har även föreslagits att den förmodade ökningen av självskadebeteende beror på att det sprider sig som en slags smittsam trend bland ungdomarna (4).

Behandling

Många författare hävdar att behandling av självskadebeteende är ett kraftigt eftersatt område och man eftersöker flera och mer omfattande studier i ämnet (4, 6, 13, 16). Bland annat konstateras i en genomgång av den vetenskapliga behandlingslitteraturen att de studier som ändå gjorts visar på osäkra resultat som bör tas med en nypa salt (16). Det handlar här främst om olika terapiformer, så som kognitiv och dialektisk beteendeterapi, och olika typer av farmakologisk behandling (6, 13, 16). En annan viktig aspekt av behandlingsarbetet är att det har större möjligheter att lyckas om det påbörjas så tidigt som möjligt, innan självskadebeteendet har eskalerat (6, 13).

Omvårdnad

Vad gäller omvårdnad och mer generella riktlinjer om förhållningssätt och behandlingsprinciper som kan vara till nytta för sjuksköterskor framhåller flera författare vikten av att försöka inta ett värderingsfritt (13, 17) och empatiskt (14) förhållningssätt gentemot den självskadande patienten. Visserligen betonas från flera håll betydelsen av att främst fokusera på att minimera självskadehandlingarna genom att ta bort farliga föremål i närmiljön, övervaka och ingå ”kontrakt” med patienten (14, 18), men det framhålls även att man utifrån en empatisk hållning förhoppningsvis kan bygga en relation som kan ligga till grund för vidare omvårdnadsåtgärder som riktar in sig på ett mer långsiktig förändringsarbete (14). I detta sammanhang kan man dela in omvårdnadsåtgärderna i fyra huvudgrupper som riktar in sig på att undervisa patienten, att höja dennes självkänsla, att reglera känslor och beteenden respektive att mobilisera socialt stöd. I skapandet av en fruktbar terapeutisk relation är det dessutom viktigt att tillsammans med patienten försöka förstå vad som ligger bakom självskadehandlingarna, och förutom ett empatiskt och engagerat förhållningssätt kan man för att uppnå detta ta hjälp av diverse analysinstrument/formulär (13, 14). Förståelsen är även en förutsättning för att individanpassa behandlingen, något som enligt Sundh (15) är av yttersta vikt, då det bland de självskadande patienterna föreligger en mängd vitt skilda behov som kräver olika angreppssätt.

Martinsens omvårdnadsfilosofi

För att kunna ombesörja för en god och individanpassad omvårdnad krävs det att man erhåller kunskap om patientens specifika behov. I syfte att uppnå detta måste vi således till viss del förstå situationen och beteendet utifrån hennes egna perspektiv. Man kan med Martinsens terminologi tala om att vi måste våga vidga vår förståelsehorisont, något som utgör en betydelsefull del av det omvårdnadsideal som hon förespråkar (19). Martinsen är kritisk till den målrationalitet som präglar flera av de välkända omvårdnadsteorierna och framhåller istället omvårdnadens kvalitet som varandes viktigare än dess resultat. Idealet beskrivs av Martinsen med hjälp av den bibliska berättelsen om den barmhärtiga samariten, och hon framhåller den villkorslösa och empatiska omsorgens intrinsikala värde. Denna omsorg är i grunden en spontan allmänmänsklig kärleksyttring som är en grundläggande förutsättning för vår kollektiva existens och vår individuella livsmening. I sjuksköterskans omvårdnad präglas den dock även av ett professionellt omdöme, och Martinsen menar att sjuksköterskan i samband med särskilt komplexa omvårdnadssituationer, där spontaniteten inte infinner sig, måste förhålla sig till normer och således handla mot den andra *som om* man handlade utifrån instinktiv kärlek.

I en sådan komplex omvårdnadssituation gäller det således att som sjuksköterska försöka finna någon form av med den andre gemensam utgångspunkt, eller en delad "vardagsvärld" ("dagligverden") som Martinsen uttrycker det (19). En sådan ihopsmält förståelsehorisont kan till exempel uppkomma ur upplevelsen av lidande, vilket Martinsen menar är ett allmänmänskligt fenomen. Förståelsen för hur den andre upplever och hanterar sitt lidande kan vi därför tillägna oss genom att i samspel med denne utveckla gemensamma erfarenheter av den aktuella situationen. Ett villkor för att detta ska kunna uppnås är att man som sjuksköterska intar en särskild hållning som präglas av erkännande, ömsesidighet, engagemang i och intresse för den andre, samt en god moralisk och professionell omdömesförmåga. Denna hållning grundar sig i solidariteten som ett dominerande värde, vilket till viss del utesluter, eller åtminstone ställer i skuggan, värden som oberoende och självständighet; värden som i många andra omvårdnadsteorier ses som de mest eftersträvansvärda.

Problemformulering

Om man utgår från att självskadebeteendet är ett problem och att det på senare tid ökat tämligen dramatiskt i omfattning så framstår det mycket problematiskt att det inte finns några tillförlitliga och evidensbaserade behandlingsprinciper eller omvårdnadsåtgärder att utarbeta en god vård utifrån. Därför är det av yttersta vikt att ny forskning utförs på området, och man kan även tänka sig att denna forskning bör inriktas på att integrera nyorienterande synsätt och infallsvinklar, då det med tanke på beteendets ökning framstår som att traditionella förhållningssätt inte verkar fungera.

SYFTE

Studiens syfte är att få en övergripande bild av hur sjuksköterskans arbete med den självskadande patienten beskrivs i aktuella vetenskapliga studier, av hur man anser att denna verksamhet eventuellt bör förändras och utformas framöver, samt av vilken syn på självskadebeteende och den självskadande människan som ges uttryck för och hur detta eventuellt påverkar vården och forskningen på området.

METOD

De i denna litteraturstudie ingående artiklarna erhöles dels från Cinahl med hjälp av fritextsökning på "self inj* AND nurs*", med begränsningarna *peer reviewed* och *abstract available*, och dels från PubMed via sökning på MESH-terminen "self-injurious behavior" med underrubriken "nursing". Den förstnämnda sökningen utfördes 21 februari 2008 och resulterade i 106 träffar, medan den andra genomfördes 1 mars 2008 och gav till resultat 153 sökträffar. Vid en första genomgång sorterades dubletter bort tillsammans med studier som var gjorda innan år 2000 samt sådana som var uppenbart irrelevanta för uppsatsämnet. Efter denna första utgallring återstod 141 artiklar i vilka jag läste abstract-delen för att utesluta fler artiklar som inte var aktuella med tanke på den här studiens syfte. Behållningen blev 18 studier, varav jag valde ut de åtta som utgjordes av empiriska studier, samt två artiklar av annan art (se bilaga 1). Dessa tio texter lästes sedan noggrant flera gånger och analyserades med utgångspunkt i ett antal frågeställningar som formulerades utifrån uppsatsens syfte:

- Vilka strategier, åtgärder, förhållningssätt och behandlingsprinciper som är relevanta för sjuksköterskans arbete med självskadande patienter finns att förhålla sig till?
- Hur förhåller sig sjuksköterskor i praktiken till dessa?
- Hur bör man som sjuksköterska förhålla sig till dessa?
- Finns det evidens för någon omvårdnadsåtgärd?
- Vilken syn på självskadebeteende och den självskadande människan ges det uttryck för i texterna och hur påverkar detta den givna vården?
- Hur påverkar dessa synsätt forskningen på området?

RESULTAT

Hur vården ser ut

En färsk studie från Irland (20) visade att även om sjuksköterskorna i det praktiska arbetet med självskadande patienter visserligen använde sig av metoder som utarbetats utifrån en patientcentrerad omvårdnadsmodell, så togs inte de underliggande principerna och värderingarna i beaktande. Modellen användes mer som ett slags formellt bedömningsverktyg än som en grundläggande vårdansats. Dessutom gavs en mängd exempel på ofta brukade åtgärder och angreppssätt som ansågs stå i bjärt kontrast till

allt vad patientcentrerad vård står för; påtvingande av strikta regler, olika former av tvång, brist på valmöjligheter för patienten samt hot om utskrivning, förflyttning till säker avdelning eller borttagande av diverse ”privilegier”. Vården genomsyrades främst av ett medicinskt synsätt, hävdade man, och detta ledde till att de mer terapeutiska åtgärderna kom i skymundan. Som svar på frågan vad som kunde tänkas ligga bakom dessa motstridigheter mellan teori och praktik menade man att det främst handlade om den psykiatriska avdelningens struktur och funktion, som präglades av målorientering och oförutsägbarhet, bland annat på grund av att patienter med så många olika typer av problem vårdades på samma plats, och sjuksköterskans arbete bestod i detta sammanhang i första hand av att hålla ihop och organisera de olika medicinska och psykoterapeutiska behandlingsåtgärderna. Även i en australisk enkätundersökning bland akutsjuksköterskor framkom det att de riktlinjer och behandlingsprinciper som faktiskt fanns att tillgå vad gäller vård av självskadande människor inte användes i det praktiska arbetet (21). Dessutom visade det sig att endast 19 % ($n=1008$) av de tillfrågade hade kunskap om att det fanns några sådana riktlinjer på avdelningen. Dessa siffror stämmer dock inte överens med dem som framläggs i en annan australisk studie (22) på samma ämne, enligt vilken 80 % ($n=43$) av de intervjuade sjuksköterskorna hänvisade till sådana direktiv. I båda studierna visas det även att trots att man ofta kom i kontakt med självskadande patienter, så var det nästan ingen som hade erhållit någon formell utbildning på området (21, 22).

I en studie (23) från 2007 kartlägger och beskriver O’Donovan de omvårdnadsåtgärder som utfördes i samband med självskadabeteende på slutna avdelningar inom psykiatrisk akutvård. På dessa avdelningar tillämpades en mängd olika preventions- och interventionsstrategier av vilka man prioriterade de preventiva åtgärder som syftade till att förhindra självskadehandlingar på avdelningarna. I detta arbete ingick tillhandahållandet av en fysiskt säker miljö, borttagande av vassa föremål, med patienterna ingående av ”no-harm contracts”, särskild övervakning, diverse distraktionsstrategier, anmodanden till riskpatienter att behålla nattkläderna på under dagen samt hot om negativa konsekvenser vid självskadande. De negativa konsekvenser som patienterna hotades med innefattade utskrivning, hindrande från att gå till terapisessioner, förflyttning till ”säker” avdelning, förbud att gå till affären eller kyrkan, tvång att gå klädd i nattkläder samt hindrande från att ta emot besök. Vid sidan av dessa beskrevs även en del interventionsstrategier, inriktade på mer långsiktig förändring av beteendet, av vilka framhölls en fungerande daglig terapeutisk interaktion med patienten. Poängen med denna var från sjuksköterskornas håll att bedöma den vårdades känsloläge, risken för vidare självskadabeteende och hur den fortsatta vården skulle utformas. De omvårdnadsåtgärder som användes i samband med denna terapeutiska interaktion bestod i att ingjuta hopp, uppmuntra till uttryckande av känslor (till exempel genom att måla, rita eller skriva), träna stresshantering och problemlösande förmågor, förstärka positiva tankar samt tillsammans med patienten försöka finna lösningar på hennes upplevda problem. Vissa av de tillfrågade hävdade dock att det inte fanns tid för sådana terapeutiska åtgärder.

I en studie från London prövade man att på akutmottagningar arbeta gentemot självskadande patienter utifrån ”case management”-principer. Resultatet visade att återintagsfrekvensen under den följande tolv månadersperioden var den samma bland de patienter som fick denna vård som hos de som endast erhöll vård i form av triage samt medicinska och psykiatriska rutinåtgärder (24). Effekten av att patienter ingår så kallade ”no-suicide contracts” på psykiatriska slutnavdelningar har även det testats empiriskt,

och en studie från 2001 (25) visade att dessa personer löpte en sju gånger större risk att utföra självskadehandlingar än de som inte stod under sådana kontrakt. Denna skillnad visade sig i samma studie gälla även mellan de som underkastades högre restriktionsnivåer respektive de som inte gjorde det. Faktum är att alla de i studien ingående patienterna som på avdelningen utförde självskadehandlingar stod under utökad övervakning. Studiens författare påpekar dock att skillnaderna endast är statistiskt påvisade och att man inte kan dra några slutsatser om eventuella kausala kopplingar. Ett mer generellt förhållningssätt som prövats i samband med vården av personer med borderline personlighetsstörning som skadar sig själva utvärderades av Alper och Peterson i en studie från 2001 (26). Här undersöktes hur principer från dialektisk beteendeterapi kunde användas i sjuksköterskans arbete med dessa patienter, och man kom fram till att tillämpningen av dessa minskade självskadebeteendet med 50 % under den fyra veckorsperiod då studien genomfördes på en slutenvård avdelning för personer med psykisk sjukdom och drogberoende.

I tre av studierna undersökte man även sjuksköterskornas upplevelser av att arbeta utifrån de ovan beskrivna synsätten och principerna samt av att utföra de olika åtgärder som i olika studier visat sig vara vanliga. Den av dialektisk beteendeterapi färgade metoden upplevdes positivt av sjuksköterskorna, då de menade den kännetecknades av flexibilitet, främjande av självutveckling och självkunskap samt teamarbete (26). I försöken med den patientcentrerade modellen (Barkers "tidal model") upplevdes den mindre positivt, då den ansågs vara svår att koppla till det praktiska arbetet (20). Några av de preventiva åtgärder (särskild övervakning och anmodanden till patienten att behålla nattkläderna på) som beskrevs i O'Donovans studie (23) upplevdes inte sällan av personalen som lite obehagliga att utföra, men de verkställdes ändå i brist på alternativ.

Synen på självskadebeteende och hur det eventuellt påverkar omvårdnaden och forskningen på området

Fyra av de tio studier (21, 22, 24, 27) som granskats motiverades uttryckligen med att man ville försöka minska antalet självmord och i ytterligare en artikel (25) beskrivs självskadebeteende i termer av självmordsbeteende. Alper (26) skriver att självskadebeteende visserligen inte är suicidalt till naturen men framhäver att personer som skadat sig själva upprepade gånger löper större risk än andra att senare ta sina liv, och Anderson et al (28) framhåller självskadebeteende som den enskilt viktigaste prediktorn för suicid. I O'Donovans båda studier (20, 23) behandlas dock beteendet som ett problem i sig, och även Barr et al (27) menar att det är av yttersta vikt att inte blanda in självmordsbeteende i bilden, eftersom detta kan leda till att de som självskadar utan suicidal avsikt hamnar i kläm. Allen (29) hävdar att en utvärdering av de olika åtgärder som beskrivits inom forskningen är omöjlig, då det sällan framgår huruvida de syftar till att behandla självskade- eller självmordsbeteende. Hon ifrågasätter dessutom det samband mellan självskadehandlingar och självmord som flera av studierna förfäktar, och jämför det med sambandet mellan att gå över vägen och att bli överkörd av en bil. Därtill menar Allen att den terminologiska tvetydigheten på området kan uttrycka en form av maktdynamik, där olika åsikter och fördomar gällande den självskadande människan avspeglas i ordvalet. Som exempel på detta tar både Allen och Anderson et al upp att man ofta lägger till ordet "medveten" ("deliberate") framför "självskadehandling",

något som inte bara är redundant utan även insinuerar att personen i fråga kunde ha avstått från självskadebeteendet om hon så velat (28, 29). Dessa undermeningar, menar både Anderson et al och Allen, kan ha vida (oftast negativa) konsekvenser för hur personer med dessa problem bemöts inom hälso- och sjukvården. Allen (29) är även kritisk mot det sätt på vilket man beskriver resultaten inom forskningen på området, då dessa ofta utvärderas i termer av minskning eller ökning i frekvensen av självskadehandlingar. Hon formulerar tre argument till stöd för denna kritik; dels att självskadehandlingar i statistiken ofta räknas in i fel kategori (självordsförsök), dels att en eskalering av självskadebeteendet i samband med olika terapeutiska åtgärder inte nödvändigtvis behöver innebära att de är dåliga eller ineffektiva, och till sist att en minskning i antalet självskadehandlingar hos den enskilde mycket väl kan vara en följd av att negativa känslor tar sig uttryck på andra, än mer destruktiva sätt (förlust av ”empowerment” och kontroll, ätstörningar m.m.).

Hur vården av självskadande människor bör se ut

I häften av de analyserade studierna siktar behandlingsförslagen främst mot att minska frekvensen av självskadehandlingar och/eller dämpa beteendets förmodade konsekvenser (ökat antal självmord) (21, 22, 24, 25, 27). O’Donovan (23) beskriver denna typ av synsätt och den vård vilken därifrån utgår som reaktiv och pragmatisk i sin karaktär, och efterlyser nya, alternativa strategier för att handskas med självskadebeteende. I två av artiklarna ingår det som ett element i behandlingsförslagen att man bör försöka förstå problemet utifrån den självskadandes egna perspektiv, och med grund i detta utforma en individualiserad vård (21, 24). Anderson et al (28) menar att om vi inom hälso- och sjukvården ska kunna erbjuda en vård som på ett tillfredsställande vis kan tillgodose behoven hos människor med självskadebeteende så krävs det att vi utvecklar en mer nyanserad bild av fenomenet. För att erhålla dessa insikter måste vi, enligt författarna, använda oss mer av ett sociologiskt och interpretativt tänkande kring problemet, och med hjälp av detta röra oss mot mera subjektiva förståelser av vad självskadehandlingarna betyder för den enskilda individen. Även Allen (29) framhåller vikten av att utforska den mångfald av roller som självskadebeteendet kan spela i en människas liv, och tillägger att detta kräver ett grundligt analyserande av vårdarens egna värderingar och trosföreställningar. Hos både Anderson et al och Allen framkommer åsikten att vården av självskadande personer bör inriktas på orsakerna till beteendet; det faktum att självskadebeteendet ökar är ett problem eftersom det torde betyda att alltfler unga människor mår dåligt, och det är detta bakomliggande lidande vi måste försöka komma åt (28, 29).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Precis som Socialstyrelsen (6) påpekar, så råder det stor brist på empiriska studier som undersöker olika behandlingar eller omvårdnadsåtgärder vid självskadebeteende samt dessas effektivitet. De studier som finns är dessutom av tveksamt värde på grund av den terminologiska oenighet som föreligger. Dessa problem framkommer i bakgrunden i denna uppsats och bekräftas till stor del i dess resultat. Ett exempel på detta är när man i McCanns studie (22) använder sig av ett "Suicide opinion questionnaire" från 1982 för att undersöka sjuksköterskors attityder gentemot självskadebeteende ("deliberate self-harm"). Ett annat exempel på denna brist på konsensus vad gäller terminologin är att O'Donovan (23) i sin studie utesluter intoxicationer från självskadebeteende ("non-suicidal self-harm"), medan McAllister (21) framhåller just intoxicationer som den överlägset vanligaste formen av vårdkrävande självskadebeteende ("deliberate self-harm"). Vidare skriver Drew (25) att hälften av patienterna med självskadebeteende ("self-harm behavior") uttryckte självmordsintentioner, något som gör det omöjligt att jämföra denna studie med O'Donovans (23) där ju självskadehandlingen definieras av att det inte föreligger några suicidintentioner. Det är endast Allen (29) som tydligt framhåller problemen med dessa terminologiska tvetydigheter. I detta sammanhang kan det vara av intresse att samtliga artiklar är författade i engelskspråkiga länder (England, Irland, Australien och USA), så de terminologiska bristerna kan knappast anses bero på språkliga missuppfattningar.

I enlighet med riktlinjerna för detta arbete granskades de inkluderade artiklarna med hjälp av checklistor för olika typer av studier. Sex av artiklarna (21, 22, 24-27) använde sig av kvantitativa metoder, och fyra av dessa (21, 22, 25, 27) var deskriptiva medan två (24, 26) var interventionsstudier. Validiteten diskuteras i samtliga artiklar, men resultatets generaliserbarhet diskuteras endast i hälften av dem (22, 26, 27), och i lika många fall resonerar man kring studiemetodens eventuella nackdelar (25-27). Med tanke på hur lite forskning som finns på området, så måste samtliga kvantitativa studier anses ha klinisk betydelse. Hos Alper et al (26) ingår också en kvalitativ studie och även O'Donovans båda studier (20, 23) är av denna art. I samtliga dessa artiklar diskuteras metodens för- och nackdelar på ett utförligt sätt, och även dessa studier har uppenbar relevans för det kliniska arbetet. De två övriga studierna (28, 29) var inte helt enkla att utvärdera utifrån checklistorna, då det inte tydligt framkommer av vilken typ de är. Allens studie (29) är en form av litteraturoversikt i vilken vanligt förekommande perspektiv på och behandlingsförslag för självskadebeteende utvärderas och kritiseras. Texten präglas i väldigt hög grad av författarens egna åsikter om vilket synsätt som bör användas (det socialkonstruktionistiska), något som å ena sidan gör att man kan ifrågasätta studiens objektivitet, men som å andra sidan utgör en stor del av studiens styrka, då argumentationen är tämligen övertygande och väl understödd. Anderson et al (28) beskriver i sin artikel ett pågående projekt på en vårdenheter för självskadande ungdomar och riktar främst in sig på de olika teoretiska utgångspunkterna för detta. Även denna studie färgas mycket av författarnas egna förslag på hur problemet bör behandlas och det är svårt att värdera den utifrån någon av checklistorna.

Syftet med denna studie var bland annat att få en överblick över vilka strategier man kan använda sig av som sjuksköterska i vården av den självskadande människan. Som

vi sett finns det nästan inga empiriska studier som studerar specifika omvårdnadsåtgärder, och detta försvårade arbetet med denna uppsats. Dock har jag under arbetets gång kommit över en mängd vetenskaplig litteratur av annan art – teoretiska artiklar, litteraturöversikter, samt forskning inom ämnen som sociologi och psykologi – vilka erbjuder synnerligen intressanta infallsvinklar. Studiens syfte hade sannolikt kunnat uppnås i högre grad om dessa texter hade använts i resultatdelen. Ett annat fruktbart tillvägagångssätt hade kunnat vara att utföra en hermeneutiskt präglad analys av artiklarna i syfte att försöka finna underliggande strömningar och få ett grepp om vilka förståelser och eventuella intressen som kan tänkas ligga bakom dessa.

Resultatdiskussion

Med det otillfredsställande forskningsläget i åtanke är det kanske inte så konstigt att sjuksköterskans möte med självskadande patienter kan vara både skrämmande och svårt. Till skillnad från många andra vanligt förekommande situationer man ställs inför i vårdarbetet finns det i detta fall tämligen lite att luta sig emot vad gäller behandlingsprinciper, förhållningssätt och omvårdnadsåtgärder (4, 6, 13, 16). Ett återkommande ämne i litteraturen om självskadebeteende, både den fackliga och den skönlitterära, är den negativa attityd som ofta verkar prägla vårdpersonalens bemötande av den självskadande människan, och detta tror jag till stor del kan förklaras av att det faktiskt råder en stor kunskapsbrist på området. Denna avsaknad av kunskap och behandlingsprinciper kan i sin tur eventuellt leda till en frustration som går ut över patienten. Det kan också vara så att självskadebeteendet är ett så pass komplext och mångfacetterat fenomen att ett ”korrekt” förhållningssätt är alltför svårt att uppåbåda i det enskilda fallet (om man inte är expert på området). Dessa svårigheter framkom i bakgrunden till denna uppsats och bekräftades till stora delar i resultatbeskrivningen.

De åtgärder som beskrivs i de analyserade artiklarna syftar nästan uteslutande till att minska självskadandebeteendet och/eller dämpa de förmodade konsekvenserna av detta (självmod). Jag menar att man då kanske missar att se vad som ligger bakom ökningen av detta beteende, det vill säga det som självskadehandlingarna eventuellt uttrycker, vilket kanske egentligen är det som behandlingen borde inriktas på. Bland studierna är det bara Allens (29) som intar denna synvinkel och framhåller att det är det bakomliggande lidandet som bör behandlas snarare än dess symtom. I självbiografierna av Pålsson (1) och Åkerman (2) blir det tydligt att självskadebeteendet är mer som en reaktion på ett större lidande och ett sätt att hantera detta än ett problem i sig. Jag vill i detta sammanhang framhålla att det visserligen verkar finnas fall där självskadebeteendet i sig är huvudproblemet, till exempel då ett hälsoproblem uppstår i det att beteendet riskerar att leda till mera lidande (fysiskt eller psykiskt), eller då det eskalerar till att bli en form av tvångsmässigt beteende. Men på det stora hela tycker jag att vi bör se självskadebeteendet som ett problem i sig endast i de fall då personen i fråga själv anser det vara huvudproblemet, och istället rikta in oss på att utreda och försöka åtgärda orsakerna till att beteendet som sådant ökar.

För att erhålla kunskap om de bakomliggande orsakerna, och därmed kunna erbjuda en god vård åt de självskadande personerna, så krävs det att vi utvecklar en förståelse för den lidandes problem. Detta är något som betonas kraftigt i Martinsens omvårdnadsfilosofi (19), och denna skulle enligt mig kunna användas som utgångspunkt för ett slags motpol till den resultatnriktade vård som beskrivs i många av de vetenskapliga

artiklarna. Utifrån Martinsens idéer (19) framstår dessutom många av de vanligt förekommande åtgärderna i samband med självskadebeteende som synnerligen omoraliska och integritetskränkande samt som stående i skarp kontrast till den hållning hon anser bör prägla omvårdnaden. Utifrån detta sistnämnda empatiska förhållningssätt kan vi lägga grunderna för det som Anderson et al (28) framhåller som nödvändigt, nämligen att röra oss mot mer subjektiva förståelser av självskadehandlingarna. Samma författare skriver även om hur vi faktiskt alla skadar oss själva mer eller mindre, med den skillnaden att vissa sätt är mer socialt accepterade än andra, och jag menar att detta eventuellt kan utgöra en grundval för den gemensamma förståelsehorisont som Martinsen (19) lägger så stor vikt vid. I detta utforskande av självskadebeteendet är det, enligt Allen (29), av stor vikt att man inte underminerar den andres lidande genom att anta att man vet vad det handlar om. Lägger vi samman dessa aspekter så menar jag att vi som resultat får att sjuksköterskan bör förhålla sig gentemot den självskadande människan på ett sätt präglat av empati och gemensamma erfarenheter av lidandet, med utgångspunkt i vilket vi kan skapa en förståelse för den enskildes unika situation, samt av hur hon tolkar och hanterar upplevelsen av denna.

Då sjuksköterskor sannolikt är en av de yrkesgrupper som oftast kommer i kontakt med självskadande människor, anser jag att det är av yttersta vikt att studier utförs angående omvårdnaden på detta område. För att dessa ska bli meningsfulla krävs det dock att vi utformar en allmänt accepterad terminologi på området, som innefattar och ger utrymme åt den mängd av betydelser som självskadebeteendet kan ha i olika sammanhang, och som tydligt redogör för i vilka fall forskningen är tillämplig. För att uppnå en sådan konsensus krävs det en större förståelse av fenomenet, och för att erhålla denna anser jag, precis som Allen (29) att vi i stor utsträckning bör använda oss av den forskning som utförts på området inom andra discipliner, så som psykologi och sociologi. Jag tror att detta är mer fruktbart än om vi vänder oss till den medicinska vetenskapen, vilkens naturvetenskapliga karaktär i mångt och mycket hindrar en för sjuksköterskans omvårdnadsarbete gångbar utgångspunkt. Detta kommer bland annat uttryck i den psykiatriska avdelningens traditionsbundna strukturer som beskrivs av O.Donovan (23), och detta är något som jag anser måste beaktas noga i utformandet av den framtida psykiatrin.

En annan viktig aspekt i hanterandet av den utmaning som självskadebeteendet ställer oss inför, både som yrkesverksamma och i vissa fall som privatpersoner, till exempel i föräldrarollen, är att vi vågar tala om vilka känslor och tankar det väcker hos oss själva. Vi måste försöka undvika motsättningar mellan oss själva och den självskadande människan, och i namn av detta ändamål måste vi våga undersöka varifrån de negativa känslor som självskadehandlingarna eventuellt utlöser hos oss, och som bland annat kan ta sig uttryck i avståndstagande från och ilska gentemot den självskadande personen, härstammar från. Detta krav ställs inte minst på sjuksköterskan, vilken utifrån Martinsens omvårdnadsideal har en moralisk plikt att på ett oegennyttigt och konstruktivt vis svara på den lidandes appell (19). Detta gäller även om den spontana empatin inte infinner sig, och kanske till och med ger plats åt någon form av antipati, eftersom det enligt Martinsen är en central del av sjuksköterskans professionella yrkesutövning att kunna agera *som om* man handlade utifrån ovillkorlig omsorg om den andre.

Min förhoppning är att denna studie kan bidra till utvecklingen på området, antingen genom att framhålla aspekter som kan vara givande vid utarbetningen av nya behandlingsprinciper och omvårdnadsåtgärder i samband med självskadebeteende, eller

genom att öka förståelsen för problemet samt varför de strategier som finns, med tanke på beteendets förmodat ökade förekomst, inte verkar fungera.

REFERENSER

1. Pålsson B. Vingklippt ängel. Månocket; 2005.
2. Åkerman S. Zebraflickan. Författarhuset; 2007.
3. Marklund B (red). Ungdomars liv och hälsa i Halland. FoU-enheten, Primärvården i Halland; 2001.
4. Socialstyrelsen. Flickor som skadar sig själva: en kartläggning av problemets omfattning och karaktär. Socialstyrelsen; 2004.
5. Socialstyrelsen. Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2006. Socialstyrelsen; 2008.
6. Socialstyrelsen. Vad vet vi om flickor som skär sig? Socialstyrelsen; 2004.
7. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry* 2002; 72 (1), 128-40.
8. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68 (4): 609-20.
9. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 2006; 117(6): 1939-48.
10. Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults. What do we know about self-injury? [www] Tillgänglig 080124 på URL: www.crpsib.com/whatissi.asp.
11. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002; 325 (7374): 1207-11.
12. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Deliberate self harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123 (16): 2241-5.
13. Näslund KG. Borderline personlighetsstörning. Stockholm: Natur och Kultur; 2002.
14. Stuart WG. Self-protective responses and suicidal behavior. I: Stuart GW, Laraia MT. Principles and practice of Psychiatric nursing, eighth edition. St. Louis (USA): Mosby, Inc.: 2005.
15. Olle Sund. Intervju i P4 Jämtland [Radiosändning]. Sämt: 2006-01-19. Tillgänglig 2008-01-20 på URL: www.sr.se/cgi-bin/jamtland/nyheter/artikel.asp?artikel=777720.

16. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317 (7156): 441-7.
17. Kåver A. KBT i utveckling: en introduktion till kognitiv beteendeterapi. Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
18. Jönsson P. Från obalans till balans. I: Arvidsson B, Skärsäter I (red). Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer. Studentlitteratur; 2006.
19. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin. TANO; 1991.
20. O'Donovan A. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14 (6): 542-8.
21. McAllister M, Creedy D, Moyle W, Farrugia C. Study of Queensland emergency department nurses' actions and formal and informal procedures for clients who self-harm. *Int J Nurs Pract* 2002; 8 (4): 184-90.
22. McCann TV, Clark E, McConnachie S, Harvey I. Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *J Clin Nurs* 2007; 16 (9): 1704-11.
23. O'Donovan A. Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14 (1): 64-71.
24. Clarke T, Baker P, Watts CJ, Williams K, Feldman RA, Sherr L. Self-harm in adults: a randomized controlled trial of nurse-led case management versus routine care only. *J Ment Health* 2002; 11 (2): 167-76.
25. Drew BL. Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Arch Psychiatr Nurs* 2001; 15 (3): 99-106.
26. Alper G, Peterson SJ. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2001; 39 (10): 38-45.
27. Barr W, Leitner M, Thomas J. Short shrift for the sane? The hospital management of self-harm patients with and without mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11 (4): 401-6.
28. Anderson M, Woodward L, Armstrong M. Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care. *Int Nurs Rev* 2004; 51 (4): 222-8.
29. Allen S. Self-harm and the words that bind: a critique of common perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14 (2): 172-8

BILAGA 1 – ARTIKELÖVERSIKT (sidan 1 av 4)

Ref. nr.	Titel	Författare	År	Syfte	Metod	Resultat	Antal ref.
20	Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric?	O'Donovan A	2007	Erhålla förståelse för psykiatri-sjuksköterskors praktiska arbete med självskadande personer.	Djupgående semistrukturerade intervjuer med åtta psykiatri-sjuksköterskor, analyserade utifrån en kombination av innehålls- och temananalys.	Patientcentrerad vård kan ses som ett ideal, men för att det ska kunna tillämpas i praktiken krävs stora förändringar i tankesätt, både från sjuksköterskors och hela teamets håll.	46
21	Study of Queensland emergency department nurses' actions and formal and informal procedures for clients who self-harm	McAllister M, Creedy D, Moyle W, Farrugia C	2002	Undersöka hur sjuksköterskor på en akutmottagning hanterade patienter med självskadebeteende.	Frågeformulär besvarades av 352 sjuksköterskor och analyserade med SPSS version 10 för Windows.	De flesta av informanterna hade ingen relevant formell utbildning. På flera mottagningar saknades riktlinjer för sådan vård, och där sådana fanns var de otillräckliga.	21
22	Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions	McCann TV, Clark E, McConnachie S, Harvey I	2007	Undersöka sjuksköterskors attityder gentemot samt triage och vårdbeslut i samband med självskadande patienter på akutmottagningar.	Frågeformulär besvarades av 43 sjuksköterskor och analyserades med SPSS version 12.	De flesta av informanterna hade ingen relevant förberedande utbildning. 20 % uppgav att inga riktlinjer fanns på deras arbetsplats. Överlag hade de en välvillig inställning till självskadande patienter.	41

BILAGA 1 – ARTIKELÖVERSIKT (sidan 2 av 4)

Ref. nr.	Titel	Författare	År	Syfte	Metod	Resultat	Antal ref.
23	Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals	O'Donovan A	2007	Erhålla förståelse för psykiatrisjuksköterskors arbete i förhållande till människor som skadar sig själva.	Semistrukturerade intervjuer med åtta psykiatrisjuksköterskor, analyserade utifrån innehålls- och temaanalys.	Ett flertal preventions- och interventionsåtgärder beskrevs. De flesta utfördes trots att evidens och teoretiska grunder saknades och detta ansågs bero på psykiatriavdelningens traditionella strukturer.	48
24	Self-harm in adults: a randomised controlled trial of nurse-led case management versus routine care only	Clarke T, Baker P, Watts CJ, Williams K, Feldman RA, Sherr L	2002	Jämföra rutinvård förstärkt med sjuksköterskeledd "case management" med rutinvård allena.	Randomiserad kontrollerad studie.	Interventionen resulterade inte i någon signifikant minskning av återintagsfrekvensen.	30
25	Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings	Drew BL	2001	Undersöka hur "no-suicide contracting" påverkade sannolikheten för självska-beteende på slutna psykiatriska avdelningar.	Retrospektiv studie av medicinska journaler.	Patienter som stod under "no-suicide contracts" och utökad övervakning hade signifikant ökad sannolikhet att utföra självska-dehandlingar.	29

BILAGA 1 – ARTIKELÖVERSIKT (sidan 3 av 4)

Ref. nr.	Titel	Författare	År	Syfte	Metod	Resultat	Antal ref
26	Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder	Alper G, Peterson SJ	2001	Undersöka: 1.) vilken effekt dialektisk beteendeterapi hade på förekomsten av självska-dehandlingar, samt 2.) hur sjuksköterskan beskrev sina upplevelser av att arbeta utifrån DBT-principer med patienter med borderline personlighetsstörning.	1.) Kvantitativ data hämtades från medicinska journaler före och efter implementerandet av DBT-principer. 2.) Semistrukturerade intervjuer med fyra sjuksköterskor på den aktuella vårdenheten genomfördes, och utforskades med hjälp av innehållsanalys.	1.) Självska-debetendet minskade med 50 %. 2.) Sjuksköterskorna upplevde arbetssättet som positivt och välfungerande.	10
27	Short shrift for the sane? The hospital management of self-harm patients with and without mental illness	Barr W, Leitner M, Thomas J	2004	Jämföra vården av självska-dande patienter med och utan psykisk sjukdom.	Datainsamling genom läsning av journaler och intervjuer. Data analyserades med SPSS version 11.	De 36,3 % av de självska-dande patienterna som inte hade några indikationer på psykisk sjukdom erhöll sämre vård än de med sådana.	19
28	Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care	Ander-son M, Wood-ward L, Armst-rong M	2004	Att presentera några teoretiska utgångspunk-ter för en sjuksköters-keledd självska-de-enhet och hur dessa påverkade det praktiska arbetet.	Teoretisk argumentation.	Med hjälp av medicinsk sociologi kan vårdinstanser få en bättre förståelse för självska-debetendet hos unga.	38

BILAGA 1 – ARTIKELÖVERSIKT (sidan 4 av 4)

Ref. nr.	Titel	Författare	År	Syfte	Metod	Resultat	Antal ref
29	Self-harm and the words that bind: a critique of common perspectives	Allen S	2007	Att kritiskt utvärdera vanligt förekommande perspektiv på självskadande beteende.	Litteraturöversikt och teoretisk argumentation.	För att utveckla effektiva åtgärder i arbetet med självskadande människor kan ett socialkonstruktivistiskt ramverk användas.	23