

HELÅRSRAPPORT

Självvald inläggning (SI) *vid emotionell instabilitet och självskadebeteende*



Uppföljning av perioden
mars 2016 – februari 2017

Dokumentnamn
Självvald inläggning, helårsrapport 2016-2017

Författad av
Joachim Eckerström, projektledare

Dokumentet publicerat
2017-03-16

Reviderad
2017-03-16

Innehåll

Inledning	4
Bakgrund	6
Problemområde	6
Aktuell kunskapslucka	7
Vad innebär Självvald inläggning vid emotionell instabilitet?	7
Vårdstrukturen för SI	8
Vårdinnehållet för SI	8
Organisation	9
Samarbete mellan klinik och forskning	10
Projektnamn	10
Organisationsstruktur	10
Styrgruppen	11
Arbetsgruppen	11
Delegation för in- och utskrivning	12
Forskningsteamet	12
Projektfaser	12
Pilotfas 1	12
Pilotfas 2	13
Projektfas	14
Datainsamlingsfas	14
Samarbete med Psykiatri Södra	15
Arbetsdokument	15
Kommunikation	16
Målsättning	16
Intern kommunikation	16
Extern kommunikation	16
Deskriptiv statistik	20
Beläggningsgrad	21
Fördelning, öppenvårdsmottagningar	22
Patienternas upplevelse av SI	22
Hur tycker du att det var <u>att själv sköta medicineringen</u> på avdelningen?	22
Vad tyckte du att du var <u>mest hjälpt utav</u> för att förbättra din psykiska hälsa under SI?	23
Vilka <u>aktiviteter</u> utförde du under SI?	24
Vilka <u>avkopplande aktiviteter</u> utförde du under SI?	24
Vad tycker du om <u>SI-rummet</u> på avdelningen?	24
Hur upplevde du <u>samtalen med personalen</u> på avdelningen?	24
Summering	24

Framgångsfaktorer	25
Vidare implementering av SI	26
Reflektioner	26
Referenser	28

Inledning

För många år sedan fick jag som ung och oerfaren underläkare ett råd av en äldre kollega, lite på skämt, lite på allvar:

- Patienter som inte vill läggas in behöver man skriva vårdintyg och lägga in men de som söker och vill läggas in ska man skicka hem.

När man idag läser detta är det lätt att förfasas, men det avspeglar något om den välmenande men likafullt paternalistiska syn som fanns inom delar av psykiatrisk vård. Det är med expertens särskilda kunskaper som bedömningen görs om den sjukes behov av vård och experten ordinerar – patienten tar emot vården (eller inte).

För många patienter och i många lägen är det givetvis så. Oftast är inskrivande läkare och patient också överens om vad som behöver göras i den akuta situationen. Problemet är att dessa bedömningar görs i en situation som redan har blivit akut, och svårigheterna så uttalade att mer drastiska åtgärder behöver göras än om man kom in tidigare i förloppet. Om man ska kunna häva ett förlopp tidigt så bygger det på att vården har en tillit till patientens egen upplevelse och tolkning av sitt behov, men också att man fördelar en del av ansvaret till patienten att mer aktivt delta i sin egen vård.

För patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) så är detta tydligare än vid många andra tillstånd. Det finns mycket klinisk erfarenhet av hur traditionell heldygnsvård där självskadebeteende likställs med suicidalt beteende och leder till motsvarande vårdåtgärder i form av ständig tillsyn eller olika former av tvångsåtgärder. Vårdtiderna kan bli väldigt långa utan att leda till någon förbättring – i värsta fall leder den långa vårdtiden och ständiga akutsatser till en försämring och ökad upplevelse av hjälplöshet för både patienter och vårdpersonal. Om vårdpersonal dessutom tolkar självskadebeteende som manipulativt agerande är risken stor att relationen mellan patient och personal blir en maktkamp där självskadebeteendet är valutan.

Heldygnsvårdsinsatser är helt beroende av vad som händer i öppenvård och vice versa. Sedan ett antal år har psykiatrin inom SLSO arbetat med att utveckla behandlingsformer för människor som lider av EIPS. Inom öppenvård handlar mycket om psykologiska behandlingsprogram men det behövs också en genomtänkt heldygnsvård när det krisar för patienterna. Planerad inläggning, tydliga överenskommelser mellan vårdpersonal och patient kring vårdtiden, och en mycket uttalad ambition att så långt möjligt undvika tvångsvård är exempel på sådana åtgärder som framgångsrikt har införts här inom Norra Stockholms psykiatri.

Att ge patienter möjlighet att själv få avgöra när och om man behöver heldygnsvård under några dagar har varit ett naturligt komplement i vårdutbudet. Självvald inläggning som det nu kallas har prövats även för andra patientgrupper och vissa erfarenheter fanns också på andra håll i världen. Med ett ökat intresse för insatser som stärker patientens egenmakt har det också varit väldigt roligt att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vågade satsa på ett projekt som detta, vilket har gjort det möjligt att pröva.

Som Du kan läsa i rapporten har responsen från patienterna varit väldigt positiva. Vården har inte heller blivit mer osäker och personalens farhågor om ”missbruk” av vårdplatser, svårigheter att hålla överenskommelser och liknande har kommit på skam.

Detta projekt hade inte varit möjligt att genomföra om inte projektledare, styrgrupp och personal, både i öppen- och heldygnsvård, hade varit så positiva inför detta arbete. Vi hoppas nu att vi kan gå vidare. Forskningsmässigt fortgår arbetet att bygga solidare kunskapsunderlag, och kliniskt är erfarenheterna så här långt väldigt goda. Självvald inläggning är ett konkret exempel på vad personcentrerad vård kan vara när den är som bäst.



Stockholm, den 8/3, 2017

Göran Rydén

*Verksamhetschef
Norra Stockholms psykiatri*

Bakgrund

Problemområde

Självskadebeteende är ett ökande problem i samhället och vården, framför allt hos unga personer. En svensk studie som omfattade mer än 3 000 gymnasieelever angav att 35,6% av eleverna hade skadat sig själva minst en gång (Zetterqvist et al, 2013). I en studie gjord bland personer som på ett eller annat sätt har kontakt med den psykiatriska vården har rapporterats att nästan hälften hade skadat sig själva under de senaste sex månaderna. Av de psykiatriska patienter som hade ägnat sig åt självskadebeteende, rapporterade mer än 90 % att de haft självmordstankar någon gång under livet. Hälften av dessa angav också att de hade gjort minst ett självmordsförsök (Odelius & Rahmklint, 2014).

När självskadebeteendet är kopplat till emotionell instabilitet, som i sina mest uttalade former diagnosticeras som borderline personlighetssyndrom, blir självskadebeteendet och suicidaliteten ofta ett komplext system av självdestruktivitet som är svår att hantera både för personerna själva och vården (Perseius, 2005). Detta kan exemplifieras med att ungefär 10 % av personerna dör till följd av suicid (McGlashan 1986, Stone 1993, Paris 2002, Black 2004). De beskriver själva ett svårartat subjektivt lidande och komplicerade möten med vården (Perseius et al 2003, Perseius et al 2005). Den hälsorelaterade livskvaliteten hos de drabbade har rapporterats vara extremt låg (Perseius et al 2006).

De senaste decennierna har psykologisk behandling med fokus på emotionell instabilitet och självskadebeteende, som har visat sig effektiv i randomiserade kontrollerade studier utvecklats inom psykiatrisk öppenvård. Det är främst dialektisk beteendeterapi, DBT (Linehan m.fl. 1991, 1994, 1999, 2002, Koons m.fl. 2001, Verheul m.fl. 2003, Paris 2010, Lundh 2014), och mentaliseringsbaserad terapi (MBT) (Bateman & Fonagy 1999, 2001, Paris 2010, Lundh 2014). Haldygnsvården har dock inte motsvarande effektiva metoder för att minska de krissituationer som oftast är anledningen till inläggningar. Tvärtom kan konventionell psykiatrisk heldygnsvård förvärra symtombilden vilket kan radera det som byggts upp i öppenvården.

Inläggningar inom heldygnsvård hos personer med emotionell instabilitet är ofta förenade med just självskadebeteende och suicidalitet samt samsjuklighet med framför allt ångestsyndrom (Comtois et al 2003). I denna kontext saknas kunskapsbaserade metoder för att vårda gruppen och det finns en inbyggd motsättning i rekommendationer om inläggning. Man hamnar inte sällan i långvariga inläggningar där tvångsåtgärder får tillgripas vilket sätter autonomi och självbestämmande ur spel (Perseius 2003, Perseius 2005). Det medför ofta försämring av tillståndet och, i längden, sannolikt stora kostnader för samhället. Vårdgivare uppmanas därför ofta att undvika inläggning. Dock har vården en skyldighet att förhindra självmord och en vanlig och ofta nödvändig självmordspreventiv åtgärd är inläggning. Inom akutpsykiatrin finns det inte sällan en kunskapsbrist om hur slutenvården skall tillämpas för att undvika livshotande krisbeteenden men samtidigt stödja autonomi, självbestämmande och därmed bidra till beteendeförändring. Rekommendationerna präglas mer av råd kring vad som ska undvikas än konkreta råd för hur självmordsrisk ska hanteras och ingen av dem baseras på gedigen evidens. Detta leder till bristande säkerhet för individer som söker vård samt stress och konflikter mellan vårdpersonal och individer som söker vård (SBU 2015).

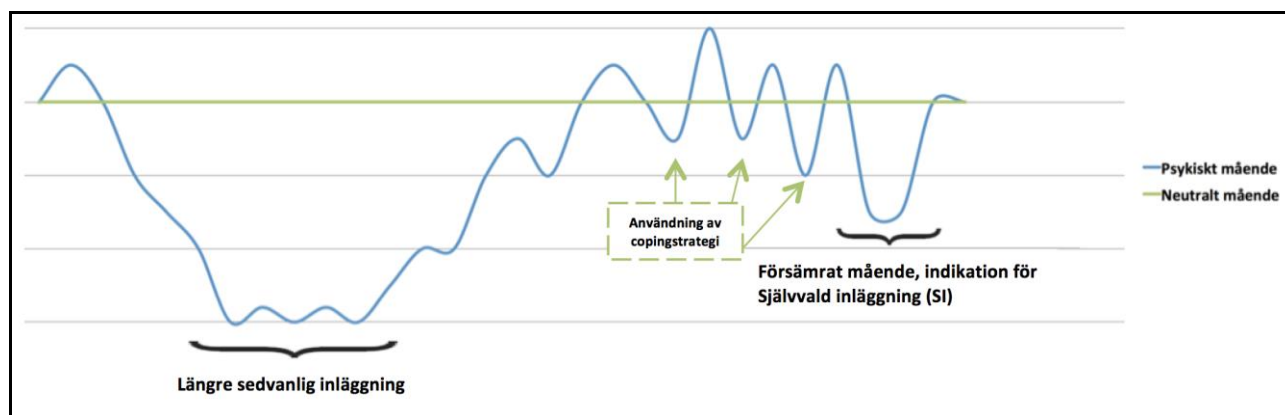
Aktuell kunskapslucka

I SBU-rapporten *Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende* (SBU, 2015) uppmärksammas särskilt bristen på kunskap om förhållningssätt som integrerar delaktighet och respekt, speciellt avseende tillspetsade situationer inom psykiatrisk heldygnsvård. Kunskapsluckan som beskrivs är hur heldygnsvården ska organisera och fylla vården med innehåll, där personer i kris får hjälp i en trygg miljö, med respektfullt bemötande och delaktighet i sin vård. Detta i motsats till heldygnsvård, som fungerar som förvaring under långa tider, med risk för att patienterna blir kränkta och stigmatiserade. Det behövs forskning för att klargöra vilka interventioner inom heldygnsvården som leder till god vård utan att riskera individens hälsa, liv eller autonomi.

Vad innebär Självvald inläggning vid emotionell instabilitet?

Självvald inläggning (SI, på engelska Brief Admission) är en intervention som möjliggör självstyrd inläggning inom psykiatrisk heldygnsvård för personer med emotionell instabilitet och självskadebeteende. Syftet med SI är att vid ökad stress och hotande kris, erbjuda en time-out och krishantering i en trygg miljö. Målet är att främja konstruktiv självreglering av känslor och användandet av konstruktiva hanteringsstrategier samt därmed förebygga självdestruktivitet, stressbelastning och långvariga inläggningar. Att skapa förutsättningar för att själv kunna hantera sina symptom, samt att uppnå ökad autonomi och självkänsla är centrala delar av interventionen (Helleman et al., 2014a). Metoden finns sedan 1980-talet i Nederländerna och anses utgöra god klinisk praxis, trots att den har studerats vetenskapligt i mycket liten omfattning. Interventionen har inte studerats under svenska förhållanden tidigare. I föreliggande projekt kommer SI att genomföras med inspiration från Nederländsk modell (Helleman et al, 2014a, Helleman et al, 2014b).

SI är således en ny vårdform som främjar samarbetet mellan öppen- och heldygnsvård. Vårdformen kan både beskrivas som en omvårdnads- och en krisintervention. SI inbjuder patienten till ökad delaktighet och låter hen själv bedöma när en kortare inläggning är nödvändig för att förebygga psykisk ohälsa. Samtliga delar i interventionen utgår från ett personcentrerat förhållningssätt och syftar till att stärka patientens autonomi.



Figur 1. Emotionell instabilitet. Grafen exemplifierar hur det psykiska måendet kan pendla vid emotionell instabilitet. Då patientens copingstrategier inte hjälper vid emotionell svacka kan det psykiska måendet försämrats och öka risken för självdestruktivitet. Självvald inläggning syftar till att erbjuda en time-out i trygg miljö för att minska stress och hotande kris.

Nedan sammanfattas vårdstrukturen och -innehållet för SI:

Vårdstrukturen för SI

- En sängplats inom psykiatrisk heldygnsvård som finns tillgänglig enligt överenskommelse (SI-kontrakt, se figur 2) mellan:
 - patienten
 - specialistsjuksköterska från heldygnsvården
 - behandlare från öppenvården
- Inläggningen sker på patientens initiativ och är kortvarig, 1 – 3 dygn.
- Sjuksköterska på avdelningen ansvarar för in- och utskrivning.
- SI ska vara en del av vård- och krisplanen och ske i delat beslutsfattande mellan patient och vårdpersonal.

Kontrakt för Självvald inläggning (SI) vid emotionell instabilitet		Norra Stockholms psykiatri STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING
Namn:		Personnummer:
Målet med SI:		
När skall jag be om SI:		
Hur länge skall jag stanna: (1-3 dygn per SI) Kan jag stanna kortare tid? (ja/nej – motivering)		
Hur ofta kan jag använda SI: (max 3 gånger per månad)		
Hur får jag SI när jag behöver: (Ring samma dag som SI önskas)	Ange tel.nr:	
Vad kan jag göra om det inte finns en sängplats:		
Jag tar med medicin för tre dagar. (OK att ta med delad dosett)		
Jag får inte ta med följande: (se avdelningens ordningsregler)		
Aktiviteter under SI:		
Avkopplande aktiviteter:		
Förtida utskrivning, när: (ca. vid självskada på avd./kontraktet följs ej)		
När bör jag inte använda SI, utan istället en vanlig inläggning:		
Övriga överenskommelser:		
Tid för utskrivning: (tas upp vid inskrivningen på avdelningen)		
Undertecknas av:	Tidsperiod för kontraktet (12 månader):	
..... Patienten Öppenvården Heldygnsvården

Figur 2. SI-kontraktet är överenskommelsen som möjliggör självvalda inläggningar inom ramen för projektet.

Det individuella kontraktet fylls i för hand av patienten under samtalet med heldygns- och öppenvården. Efter att det är underskrivet av de tre parterna skannas det in i patientens journal. Patienten får med sig originalet.

SI-kontraktet utgör omvårdnadsplanen vid inläggningarna samt revideras vid behov. När ändringar skall göras eller att ett nytt kontrakt behöver upprättas, är det en förutsättning att samtliga tre parter träffas igen och upprättar ett nytt kontrakt med det tidigare som utgångspunkt.

Vårdinnehållet för SI

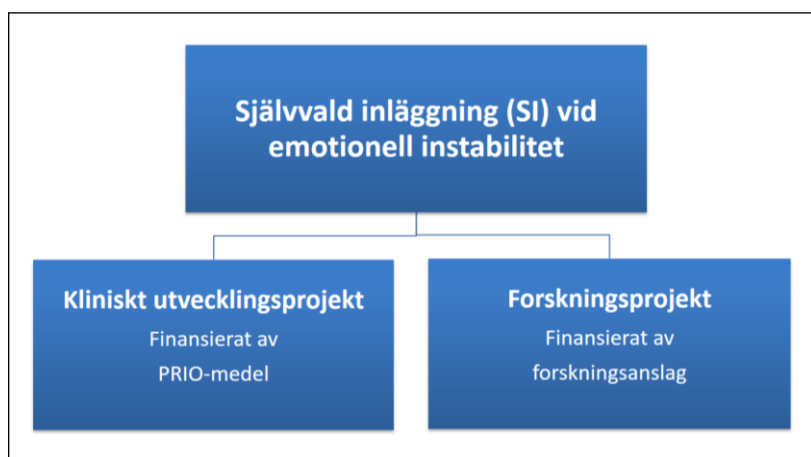
- *Samråd/förhandling*
 - Ett individuellt kontrakt upprättas och utgör omvårdnadsplanen för inläggningarna.
 - Kontraktskrivandet präglas av ömsesidig respekt och samarbetsanda.
- *Vid inläggning*
 - Välkomnas till avdelningen. Visiteras ej.
 - Patienten sköter medicineringen själv och förvarar medtagen medicin i ett låst skåp inne på rummet.
 - Samtal och aktiviteter i den mån patienten önskat i kontraktet.

- *Vårdmiljö*
 - Patientrummen på avdelningarna är inredda och anpassade för återhämtning. Nedan visas bilder på SI-rummen på avd. 24 och avd. 51.



- *Bemötande*
 - Kännetecknas av värme, acceptans, genuinitet, öppenhet samt bekräftelse av aktuella svårigheter som individen upplever.
 - Samarbete på lika villkor med individen som söker vård.
- *Vid utskrivning*
 - Gemensam utvärdering av upplevelsen av vårdtillfället.
 - Gör vid behov en plan för att öka autonomin vid nästa inläggning.

Organisation



Figur 3. SI innefattas av två parallella projekt, som utgör ett tätt samarbete mellan klinik och forskning.

Samarbete mellan klinik och forskning

Självvald inläggning (SI) vid emotionell instabilitet är ett kliniskt utvecklingsprojekt, som utgör ett samarbete mellan öppen- och heldygnsvård inom Norra Stockholm psykiatri (NSP). De enheter som initialt innefattades inom projektet var Behandlingsenheten City och Behandlingsenheten Väst samt avdelning 51 och avdelning 24. Efter omorganisationen inom NSP, som trädde i kraft 1 januari 2016, är det Mottagningen för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom vid S:t Eriksplan samt Mottagningen för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom i Alvik som primärt utgör projektets öppenvårdsdelar. SI kommer att utvärderas vetenskapligt via ett forskningsprojekt, vilket fortsätter även efter att det kliniska utvecklingsprojektet avslutats för att ge ytterligare kunskapsunderlag.

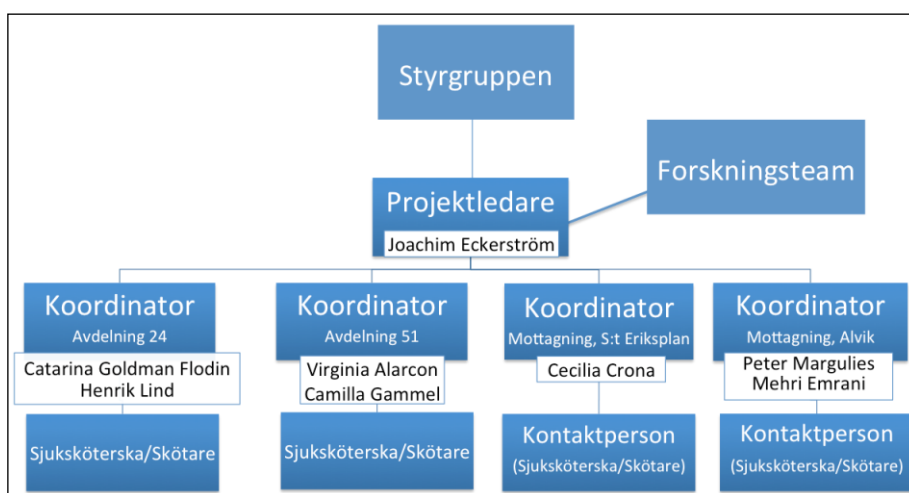
Huvudansvaret för projektet överlämnades i juni 2015 till Joachim Eckerström (projektledare) och Kent-Inge Perseus (forskningsansvarig) i samband med Lena Flyckt, som tidigare haft dessa roller, gick i pension. I augusti 2015 beviljades projektet 400 000 kr i PRIO-medel för 1 års verksamhet med slutredovisning i mars 2017.

Projektnamn

Under mars 2016 bytte projektet namn från Brukarstyrd inläggning till Självvald inläggning vid emotionell instabilitet, med syftet att skapa en enhetlighet inom SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde) eftersom liknande projekt finns vid andra tillstånd (Självvald inläggning vid psykos och Självvald inläggning vid ätstörningar).

Organisationsstruktur

I september 2015 beslutades tillsammans med verksamhetschef Göran Rydén om hur projektet skulle organiseras. En styr- respektive arbetsgrupp bildades, dess struktur illustreras nedan.



Figur 4. Organisationsstruktur

Styrgruppen

Styrgruppen har det övergripande ansvaret för projektet. De har inga regelbundna möten, utan behandlar frågor efter önskemål av arbetsgruppen. Följande personer ingår:

Kent-Inge Perseius, docent, Röda Korsets Högskola

Anna Ekblom, enhetschef, avdelning 51

Lena Hjort, överläkare, avdelning 51

Liisa Lehmuusaari, enhetschef, avdelning 24

Antoinette Lundahl, överläkare, avdelning 24

Edibe Can, enhetschef, Mottagning för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, S:t Eriksplan

Ann-Christin Karlström, enhetschef, Mottagning för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, Alvik

Arbetsgruppen

Arbetsgruppen ansvarar för det fortlöpande arbetet inom projektet. Gruppen har regelbundna möten, ca 1 gång/månad. Tätare möten under pilotfaserna.

Projektledaren ansvarar för att samordna projektet mellan öppenvård och heldygnsvård, stödja koordinatörerna på respektive enhet samt samverka mellan forskning och klinik. Projektledaren har anordnat utbildningar avseende interventionen för enheterna samt presentationer och föreläsningar vid behov. Leda arbetet vid framtagandet av dokument och rapporter.

Koordinatorn ansvarar för projektet på respektive enhet. Att vara kunskapsbärare på enheten, bevaka projektets intressen, ha överblick angående när SI-kontrakt och delegationer behöver förnyas samt att följa datainsamlingen på enheten är några av koordinatorns uppgifter. Projektet har två koordinatörer på varje enhet.

Följande personer ingår:

Joachim Eckerström, projektledare, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, Mottagning för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, S:t Eriksplan

Virginia Alarcon, koordinator, leg. sjuksköterska, avdelning 51

Camilla Gammel, koordinator, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, avdelning 51

Catarina Goldman Flodin, koordinator, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, avd. 24

Henrik Lind, koordinator, leg. sjuksköterska under utbildning till specialistsjuksköterska, avdelning 24

Cecilia Crona, koordinator, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, Mottagning för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, S:t Eriksplan

Peter Margulies, koordinator, specialistsjuksköterska i psykiatrisk vård, Mottagning för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, Alvik

Mehri Emrani, koordinator, leg. sjuksköterska under utbildning till specialist, Mott. för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, Alvik

Delegation för in- och utskrivning

Delegation från verksamhetschef Göran Rydén har upprättats för varje legitimerad sjuksköterska på avdelning 51 och 24, för att ansvara för in- och utskrivning inom ramen för projektet. Varje delegation förnyas årligen.

Forskningsteamet

Det övergripande syftet med forskningsprojektet är att undersöka om SI är verksamt som krisintervention för personer med emotionell instabilitet och självskadebeteende. Då projektet finns i en klinisk naturalistisk miljö kommer flera typer av ansatser och utvärderingsmetoder att användas: 1. Single-case design. 2. Kvasiexperimentell design. 3. Epidemiologisk design. 4. Kvalitativ design 5. Hälsoekonomisk utvärdering. Projektet har ett systerprojekt i Region Skåne där designen är experimentell (randomiserad kontrollerad studie, RCT). Planen är att data och resultat från de båda projekten ska komplettera varandra.

För forskningen i projektet ansvarar ett forskningsteam bestående av följande personer:

Kent-Inge Perseius, Docent, forskningsansvarig
Lena Flyckt, Docent, forskningsansvarig
Joachim Eckerström, Fil. Mag., blivande doktorand (planerad registrering under 2018).
Lars Bernfort, Fil. Dr. hälsoekonom, Linköpings universitet
Ellenor Mittendorfer-Rutz, Docent, epidemiolog, Karolinska Institutet

Tillsammans med SI-projektet i Region Skåne beviljades projektet i oktober 2015 anslag från Vetenskapsrådet. Anslaget kommer att delas lika mellan de två projekten. Lena Flyckt var huvudansökande. Forskningen i projektet har etikgodkännande från Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (EPN).

Projektfaser



Figur 5. Projektets olika faser.

Pilotfas 1

Tidsperiod: oktober – december 2015

De enheter som initialt involverades i uppstarten av SI var Mottagningen för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom vid S:t Eriksplan och i Alvik samt avdelning 51. Avdelning 24 inkluderades i projektet under pilotfas 2.

Under pilotfas 1:s första del färdigställdes de kliniska dokumenten (se avsnittet Arbetsdokument), utbildningsdagar anordnades samt ett patientrum avsett för SI på avdelning 51 iordningställdes. Detta var klart 26 oktober och då informerades samtlig personal på mottagningarna och avdelning 51 om att kontraktsskrivandet med patienter kunde inledas.

Utbildningsdagar under pilotfas 1:

2015-09-23 – Kick-off/utbildningsdag

Syfte: Genomgång av projektets kliniska dokument och rutiner, riskanalys utfördes samt analys av möjligheter, svårigheter samt förslag till förbättringar.

Deltagare: Sjuksköterskor, skötare, enhetschefer samt överläkare från avdelning 51 samt sjuksköterskor, skötare och enhetschefer från mottagningarna.

2015-11-05 – Utbildningsdag

Syfte: Genomgång av projektets kliniska dokument och rutiner samt utbildning i suicidriskbedömning.

Deltagare: Avdelning 51:s nattpersonal samt de sjuksköterskor och skötare, som inte var med vid Kick-offen.

2015-11-19 – Utbildningsdag

Syfte: Utbildning i dokumentation av suicidriskbedömning.

Deltagare: Dagpersonalen på avdelning 51 deltog.

Pilotfas 2

Tidsperiod: januari – mars 2016

Under pilotfas 2 involverades avdelning 24 i projektet, nedan följer planering samt utbildningsinsatser för perioden:

2016-01-12 – Planeringsmöte avdelning 24

Joachim Eckerström och Kent-Inge Perseus hade tillsammans med Liisa Lehmussaari, enhetschef och Antoinette Lundahl, överläkare, ett första planeringsmöte angående implementeringen på avdelning 24.

Då beslutades att under februari skulle samtlig personal erhålla utbildning om SI. Personalen fördelades på två utbildningsdagar. Ett patientrum för SI-patienterna kommer att göras i ordning samt målet är att första mars påbörja kontraktsskrivande med patienterna.

2016-02-10 – Utbildningsdag, avdelning 24

Joachim Eckerström utbildade halva personalgruppen om vilka moment och dokument som innefattas inom ramen för Självvald inläggning. Kent-Inge Perseus informerade om projektets forskningsplan sin tidigare forskning gällande patientgruppen.

- 2016-02-24 – Utbildningsdag, avdelning 24
Resterande del av personalgruppen utbildades.
- 2016-03-01 – Påbörja SI-kontraktskrivande, avdelning 24
Nästan samtliga i personalen är utbildade samt SI-rummet är färdigställt.
- 2016-03-23 – Utbildningsdag, avdelning 24
Personal som ej medverkat vid tidigare utbildningstillfällen utbildades.

Projektfas

Tidsperiod: april 2016 – februari 2017

Projektet fortlöper enligt plan.

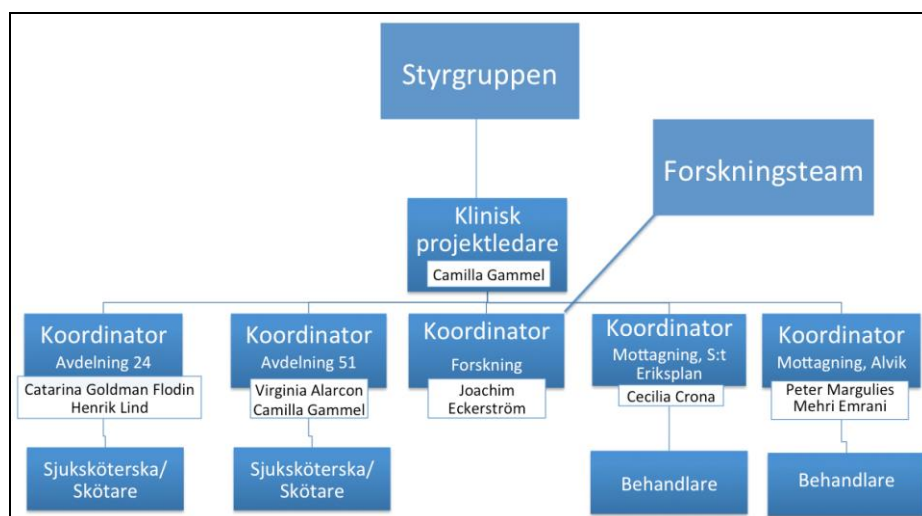
- 2016-06-13 – Utbildningsdag, avdelning 51
Nyanställd personal utbildades.

Datainsamlingsfas

Tidsperiod: mars 2017 till och med att data är insamlat enligt forskningsplanen.

Kvantitativ och kvalitativ data samlas in fortlöpande. I och med övergången från projektfas till datainsamlingsfas så avslutar Joachim Eckerström sin tjänst som projektledare fr.o.m. mars 2017 och istället antar rollen som forskningskoordinator parallellt med nya tjänsten som högskoleadjunkt på Röda Korsets Högskola.

Koordinatorn Camilla Gammel antar rollen som klinisk projektledare fr.o.m. mars 2017. En till koordinator kommer även att utses på Mottagningen för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, S:t Eriksplan. Figur 5 illustrerar den nya organisationsstrukturen.



Figur 6. Organisationsstruktur fr.o.m. mars 2017.

Samarbete med Psykiatri Södra

I april 2016 gav Psykiatri Södras tillförordnade verksamhetschef Samia Boukter Gustafsson medgivande att rekrytera patienter som kontroller inom ramen för forskningsprojektet. I maj 2016 inleddes samarbete med Carin Söderlund, enhetschef på Mottagningen för personlighetssyndrom, och en preliminär plan gjordes för att möjliggöra forskningen samt framöver även implementera SI på en avdelning inom Psykiatri Södra.

Arbetsdokument

Följande arbetsdokument har tagits fram:



Information till vårdpersonal



Information till patienter



Patientfolder



SI-kontrakt



Checklista vid inskrivning



Checklista vid utskrivning



Utvärdering av SI

Kommunikation

Målsättning

Intern kommunikation

Målsättningen för den interna kommunikationen inom NSP har varit att samtliga berörda avdelningar och mottagningar ska bli informerade vid rätt tillfälle och via lämplig informationskanal, för att få bästa möjliga engagemang för projektet.

Extern kommunikation

Eftersom projektet är en ny vårdform vid emotionell instabilitet och självskadebeteende finns det ett nyhetsvärde. Interesse har visats från bl. a. andra psykiatriska verksamheter och media. Ambitionen har varit att finnas tillgänglig för kunskapspridande, intervjuer samt publicera halv- och helårsrapporter.

Följande **föreläsningar och presentationer** har hållits om SI:


- 2016-04-15 – Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskors (PRF) årskonferens
Vid den nationella årskonferensen i Göteborg höll Joachim Eckerström en presentation om projektet. Länk till konferensprogrammet:
http://psykriks.se/documents/PRF_Arskonferens_2016_program.pdf
- 2016-04-18 – Norra Stockholms psykiatris ledningsgrupp
Ledningsgruppen informerades om implementering av interventionen hittills samt om pilotfasens utvärdering.
- 2016-04-28 – Avdelning 51 - arbetsplatsträff
Avdelningspersonalen informerades om pilotfasens utvärdering.
- 2016-05-31 – Mottagningen för ADHD II, S:t Eriksplan
Personalen informerades om projektet på en arbetsplatsträff.
- 2016-09-13 – DBT-dagarna, Münchenbryggeriet, Stockholm
Projektet hade en poster vid konferensen och koordinator Cecilia Crona berättade om SI.
- 2016-09-15 – The Nordic Conference of Mental Health Nursing, Malmö
Vid den nordiska konferensen i Malmö hölls en presentation om projektet. Länk till konferensprogrammet:
http://psykriks.se/documents/Narrative_nursing_2016_program.pdf
- 2016-10-04 – Inspirationsdag för psykiatrins heldygnsvård
Arrangeras av Centrum för psykiatriforskning på Norra Latin. Föreläsning hölls om SI vid emotionell instabilitet tillsammans med SI vid psykos och ätstörningar.

- 2016-10-19 – Avdelning 51 - planeringsdag
Personalen informerades om projektets aktuella fas och utvärdering hittills.
- 2016-10-19 – Mottagningen för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, Alvik
Personalen informerades om projektets aktuella fas och utvärdering hittills.
- 2016-11-15 – Mottagningen för ångestsjukdomar och personlighetssyndrom, S:t Eriksplan
Personalen informerades om projektets aktuella fas och utvärdering hittills.
- 2017-01-19 – ST-konferens, Stockholm
Koordinatorerna Catarina Goldman Flodin och Henrik Lind berättade om SI.
- 2017-02-09 – Lunchföreläsning, Norra Stockholms psykiatri
En öppen lunchföreläsning hölls inom NSP.
- 2016-03-06 – Norra Stockholms psykiatri ledningsgrupp
Ledningsgruppen informerades om projektets utvärdering.

Följande **artiklar och reportage** har gjorts:


- 2015-11-10 – Norra Stockholms psykiatri intranät
 ”Hallå där Joachim Eckerström”

En artikel om att projektet fått PRIO-medel samt intervju med Joachim Eckerström.

- 2016-01-26 – Norra Stockholms psykiatri intranät och externa webbplats
 ”Brukarstyrd inläggning för patienter med emotionell instabilitet har startat”

En artikel om att projektet startat på avdelning 51. Intervjuer med Anna Ekblom, Camilla Gammel och Joachim Eckerström.

Länk: <http://norrastockholmspsykiatri.se/Om-oss/Press/aktuellt/nu-startar-brukarstyrd-inlaggning-for-patienter-med-emotionell-instabilitet/>

- 2016-01-26 – Norra Stockholms psykiatri intranät och externa webbplats
 ”Brukarstyrd inläggning även på avdelning 24”

En artikel om att projektet startat på avdelning 24 samt intervju med Liisa Lehmuusaari.

Länk: <http://norrastockholmspsykiatri.se/Om-oss/Press/aktuellt/brukarstyrd-inlaggning-aven-pa-avdelning-24/>

2016-03-03 – Revansch Nr. 1 2016 – en tidning om psykisk ohälsa utgiven från RSMH
”Självvald inläggning – en trend som ökar över hela landet”



Artikeln har kartlagt var Självvald inläggning finns runt om i landet.

Länk: http://rsmh.se/wp-content/uploads/2016/04/REV_1601_LOW-1.pdf

2016-03-21 – Psyche Nr 1 2016 (Psykiatriska Riksföreningen för sjuksköterskors tidskrift)
”Brukarstyrd inläggning”



En fyrsidig artikel om projektet skriven av Joachim Eckerström och Kent-Inge Perseius.

Länk: <http://psykriks.se/images/portfolio/PDF/psyche.2016.1.pdf>

2016-05-18 – Psykiatri i utveckling - SLSO:s delrapport om ”Psykiatri 2015”
”Inbjuder patienter att vara delaktiga i sin vård”



Självvald inläggning tas upp som en av de insatser som ökar patientens inflytande i vården. Utdrag ifrån intervju med Joachim Eckerström.

Länk: http://www.e-magin.se/v5/viewer/files/viewer_s.aspx?gKey=s4n42j2c&gInitPage=1

2016-06-10 – Vårdförbundspriset - Vårdförbundet
”Fyra kandidater till Vårdförbundetpriset på 500 000 kr är klara”



Joachim Eckerström nominerades till Vårdförbundetpriset och utsågs till ”Bubblare”, pga. projektets personcentrerade förhållningsätt samt att psykiatrisjuksköterskans kompetens tillvaratas.

Motivering till utnämningen:

”Ett nytt och innovativt arbetssätt, ett verkligt paradigmskifte. Självvald inläggning erbjuder en time out och krishantering i en trygg miljö för personer med emotionell instabilitet och självskadebeteende. Patienten bestämmer själv graden av vård utifrån sina egna behov i samråd med psykiatrisjuksköterska. Psykiatrisjuksköterskans roll förstärks och yrkes stoltheten syns.”

Länk: <http://news.cision.com/se/vardforbundet/r/fyra-kandidater-till-vardforbundspriset-pa-500-000-kronor-ar-klara,c2026980>

2016-11-10 – Nationell samordnare inom psykisk hälsa



” Personcentrerad vård inom psykiatrin prisades på Vårdgalan”

Kerstin Evelius, nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa, skrev om att projektet tilldelades pris vid vårdgalan.

Länk: <http://samordnarepsykiskhalsa.se/nyheter/personcentrerad-vard-inom-psykiatrin-prisades-pa-varldgalan/>

2016-11-14 – Vårdförbundet om pristagarna



” Barnmorskan Maria Hogenäs vann Vårdförbundspriset”

Vårdförbundet sammanfattar vårdgalan.

Länk: <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/aktuell/nyheter/barnmorskan-maria-hogenas-vann-vardforbundspriset/>

2016-11-18 – Vårdförbundet via Youtube



” Årets bubblare i Vårdförbundspriset 2016”

Ordförande Sineva Ribeiro delar ut priser vid vårdgalan och läser upp motiveringarna.

Länk: <https://www.youtube.com/watch?v=w3P7KuhtkiU>

2016-12-04 – SVT Nyheter - Stockholm



” Lägg in dig själv – om du mår psykiskt dåligt”

SVT gjorde ett reportage om SI efter att projektet uppmärksammades vid Vårdförbundsprisets gala.

Länk: <http://www.svt.se/nyheter/lokalt/stockholm/sjalvald-inlaggning>

2017-03-15 – Dagens Medicin



”Succé när patient lägger in sig själv”

Artikeln lyfter fram projektets utvärdering samt SI:s spridning i landet.

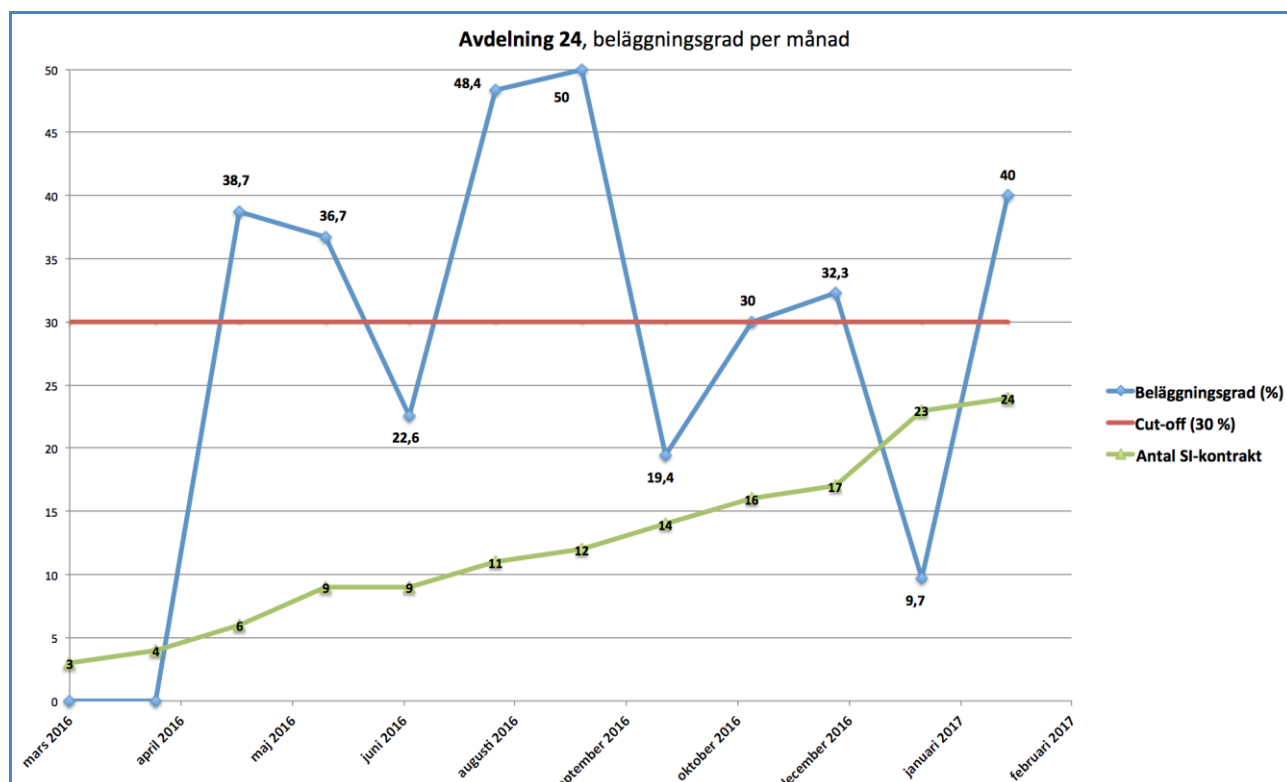
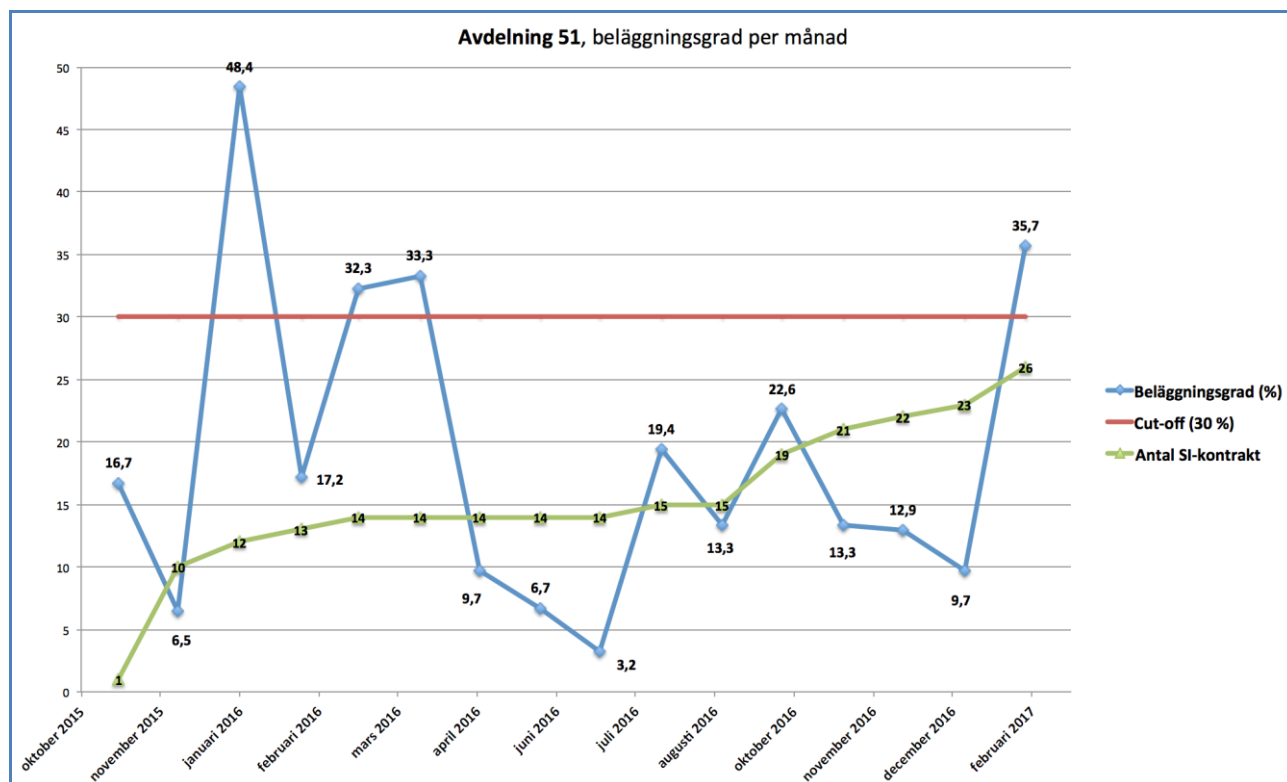
Länk: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/03/15/succe-nar-patient-lagger-in-sig-sjalv/>

Deskriptiv statistik

	Avdelning 51	Avdelning 24	Totalt
<i>Patienter med SI-kontrakt:</i>	26	24	50
Kvinnor:	22	22	44
Män:	4	2	6
Ålder, medel:	34,0	29,0	31,6
Ålder, median:	31,5	27	27,5
Ålder, typvärde (antal):	27 (3)	27 (5)	27 (8)
Ålder, range:	20 - 54	19 - 69	19 - 69
<i>Beläggning:</i>			
Avdelningen färdigställd för SI:	2015-10-26	2016-03-01	-
Första SI-kontraktet upprättades:	2015-11-18	2016-03-14	-
Första inläggningen inom ramen för SI:	2015-11-25	2016-05-01	-
Antal skrivna kontrakt:	26	24	50
Antal inläggningar under perioden:	44	40	84
Snittvårddygn per inläggning:	1,89	2,56	2,23
SI-rummets beläggningsgrad (t.o.m. 170228):	18,8 %	32,9 %	24,4 %
<i>Patientskattning vid utskrivning:</i>			
Uppfylldes målet med inläggningen (1-10):	7,03	9,09	8,06
Upplevelse av bemötandet (1-10):	8,67	9,12	8,90
Upplevelse av SI som helhet (1-10):	8,46	9,38	8,92

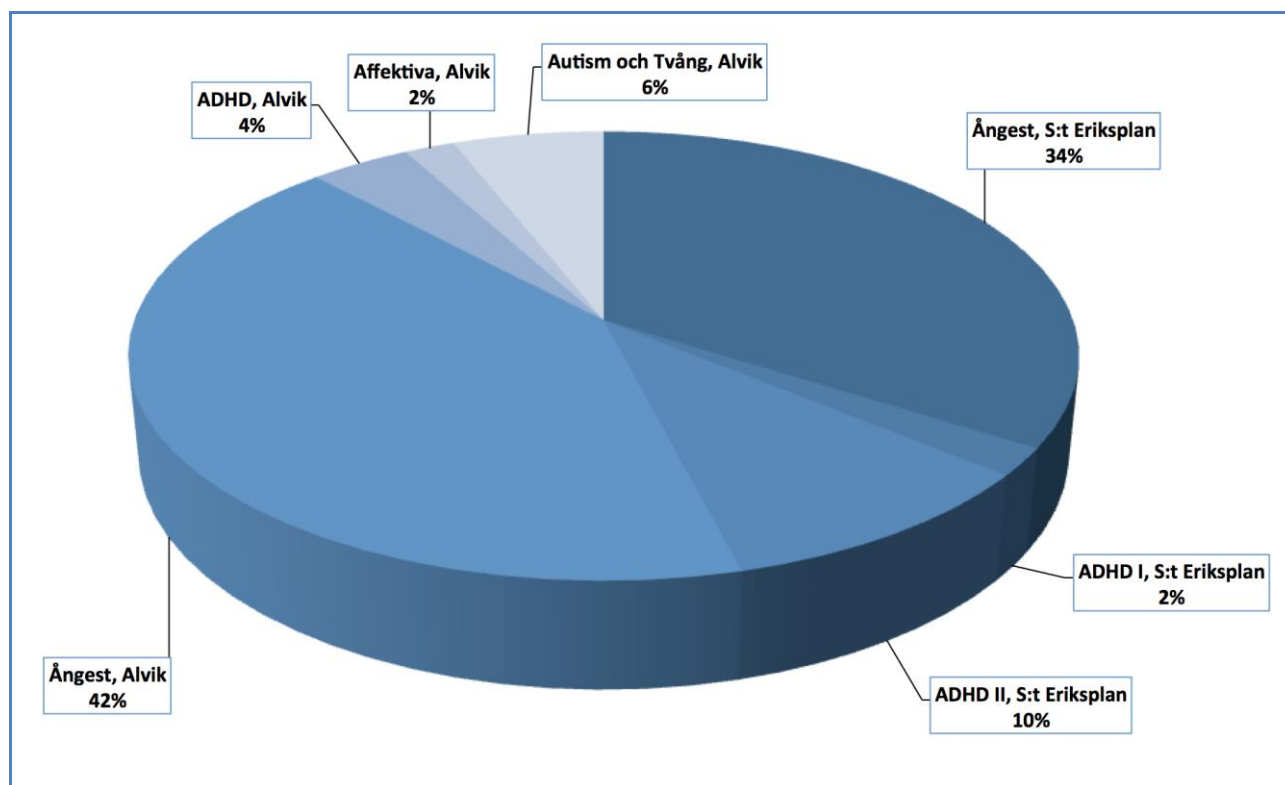
Beläggningsgrad

Nedan visas beläggningsgraden per månad och per avdelning samt antalet SI-kontrakt. Antagandet har gjorts att en cut-off på 30 % att eftersträva, dvs. om beläggningen är över 30 % är det hög risk för att en rummet skall vara upptaget och SI ej möjligt för andra patienter. Då är fler SI-rum att rekommendera per avdelningen.



Fördelning, öppenvårdsmottagningar

Före omorganisationen inom Norra Stockholms psykiatri var fördelningen av patienter med SI-kontakt cirka 50/50 mellan Behandlingsenheten City och Behandlingsenheten Väst. I och med att patienterna följde med sin behandlare till nya mottagningar blev fler enheter involverade. Nedan visar diagrammet hur den aktuella fördelningen av de 50 patienterna som har SI-kontrakt (2017-02-28).



Patienternas upplevelse av SI

I samband med utskrivningen får patienterna via en enkät svara på frågor om hur de upplevde interventionen. Nedan följer ett utdrag av de frågor och svar som tas upp samt exempel på hur patienten upplevt olika delar av SI:

Hur tycker du att det var att själv sköta medicineringen på avdelningen?

- *Mycket bra, som hemma.*
- *Jättebra med eget ansvar.*
- *Skönt, det gjorde att jag inte kände mig lika beroende av personalen.*
- *Bra, inga problem.*
- *Fungerande hyfsat.*



Patienterna ansvarar för att själva ta med sig läkemedel, enligt ordination från öppenvården, för tre dygn och förvara den i ett låsbart skåp inne på SI-rummet. Har patienten delad dosett eller Apo-dos, går det bra att ta med den.

Vad tyckte du att du var mest hjälpt utav för att förbättra din psykiska hälsa under SI?

”Personalen och stödsamtalen.”

”Personliga friheten och ansvaret. Ensamhet i lugn.”

”Att få strukturera upp tiden och vara i en kravlös miljö för återhämtning, när allt faller ihop hemma.”

”Känslan av maktlöshet och isolering minskade. Att få prata med personalen.”

”Att få vara på en trygg plats, där jag får stöd och möjlighet till samtal.”

”Det är en trygghet att veta att den här möjligheten finns. Att slippa vänta till det går överstyr och jag måste gå till akuten.”

”Att få en paus från vardagskampen och i en trygg miljö träna på konstruktiva strategier för ångesthantering, utan att bli fråntagen mitt eget ansvar.”

”Stöd i regelbundna måltider och att hitta balans om vad som är lagom aktivitetsnivå. Jag känner mig tacksam för att jag fått förtroendet och möjligheten att utnyttja självvald inläggning.”

”Stöd i att få rutiner att fungera. En ram där självskada är uteslutet.”



Vilka aktiviteter utförde du under SI?

- *Samtal med personalen.*
- *Fysisk aktivitet, t.ex. promenera eller jogga.*
- *Gå på mina vardagliga aktiviteter, t.ex. gå till skolan, arbete eller mottagningen.*
- *Delta i avdelningen aktiviteter, t.ex. morgongymnastik eller bildgrupp.*

Vilka avkopplande aktiviteter utförde du under SI?

- *Vila*
- *Skri*
- *Titta på TV eller film*
- *Lyssna på musik*
- *Läsa en bok*
- *Medveten närvaro*

Vad tycker du om SI-rummet på avdelningen?

- *Jättestygt, det lugnade ner mig mycket.*
- *Stygt, den största fördelen är att det är ett enkelrum.*
- *Mycket trivsamt. Bra att det ligger i en ände på korridoren utan spring utanför.*
- *Jag tycker mycket om det. Det passar syftet.*
- *Stygt rum, tryggt att få komma tillbaka till samma avdelning och samma rum.*

Hur upplevde du samtalen med personalen på avdelningen?

- *"Tretyga och gav mig mer mental kraft."*
- *"Bra, beroende på hur engagerad personalen var. Men superbra i övrigt."*
- *"Hjälptande och stöttande i min situation."*
- *"Mycket givande, blev lyssnad och respekterad samt fick råd."*
- *"Personalen tog sig tid att lyssna och stödj*
- *na någon man tidigare träffat."*
- *"Engagerad."*

Summering

SI som intervention vid kris för personer med emotionell instabilitet och självskadebeteende är nyskapande. Psykiatrisk heldygnsvård är i ett stort behov av omvårdnadsbaserade interventioner, vilken också utgör en grund för förstärkt samarbete mellan psykiatrisk öppenvård och heldygnsvård utifrån personcentrerad vård.

Om de planerade forskningsstudierna understryker de positiva patientupplevelser som påtalats inom detta projekt, d.v.s. gynnande av delat beslutsfattande, förstärkt autonomi och egenvård, kommer den närmast att kunna reformera vården av målgruppen, vilket kommer att få positiva konsekvenser även på organisations- och samhällsnivå.

Framgångsfaktorer

Bidragande faktorer till en lyckad implementering av Självvald inläggning (SI) vid emotionell instabilitet:

- *Projektet har en tydlig ansvarsfördelning och organisationsstruktur.*
Målet har varit att projektet skall ha en stabil förankring i det kliniska vårdarbetet och att samtlig personal skall ha god kännedom om sin roll i projektet. Denna ansvarsfördelning samt att projektet fått ett gott stöd av ledningen har skapat en god grund för implementeringen och det fortsatta arbetet.
- *Tätt samarbete mellan öppen- och heldygnsvård.*
I tidigt skede bildades en arbetsgrupp med projektledaren och två koordinatörer från varje enhet inom vårdkedjan. Samtliga koordinatörer har vid varje möte och kontakt haft en positiv attityd, ett lösningsorienterat förhållningssätt samt haft ett stort intresse för den nya interventionen. Samarbetet inom arbetsgruppen bedöms vara nyckeln till projektets goda resultat.
- *Det är en strukturerad omvårdnadsintervention.*
Inom heldygnsvården finns ett stort behov av strukturerade omvårdnadsinterventioner. En styrka med SI är att den sätter ord på de omvårdnadsåtgärder som innefattas inom ramen för interventionen. Här är det individuella SI-kontraktet en avgörande faktor. Implementering av omvårdnadsdiagnostik enligt NANDA International (NANDA-I) skulle gynna framtagandet av fler omvårdnadsinterventioner samt målet om att alla patienter inom heldygnsvården har en aktuell omvårdnadsplan.
- *Bemötandet sätts i första rummet.*
Att vara inlagd inom ramen för SI syftar till att stärka patienten på flera sätt, exempelvis avseende autonomi, självkänsla och konstruktiv självreglering av känslor. Ett professionellt och gott bemötande är av största vikt och särskilt betydelsefullt vid emotionell instabilitet och självskadebeteende.
- *Specialistsjuksköterskans kompetens lyfts fram och tas tillvara.*
Tyvärr finns det i dagsläget inom heldygnsvården inte några särskilda arbetsuppgifter eller något utökat ansvar för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Eftersom SI är en omvårdnadsintervention faller det naturligt att just lyfta fram specialistsjuksköterskan, eftersom de besitter expertisen om att definiera de åtgärder som bör innefattas i SI-kontraktet.
- *Interventionen har fokus på patientens resurser och har ett personcentrerat förhållningssätt.*
Vid upprättande av dokument och rutiner samt kontinuerligt under projektet har frågetecken eller oklarhet bollats tillbaka mot följande frågeställning: -*Vilken lösning/alternativ stärker patientens autonomi på bästa sätt?* Samtliga rutiner eller moment som inte främjat detta syfte har exkluderats i största möjligaste mån. Projektets ledord har varit:

autonomi

självkänsla

delaktighet

Vidare implementering av SI

Inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) finns avsikten att gemensamt med Centrum för psykiatriforskning (CPF) sammanställa erfarenheterna från de verksamheter som prövat olika modeller av självvald inläggning. Detta skulle kunna leda till utformande av s.k. moduler, så att fler kan implementera SI i sina verksamheter.

Reflektioner

Joachim Eckerström, projektledare:

”Jag vill rikta ett stort tack till samtliga kollegor på avdelning 51 och 24 samt på mottagningarna, som på ett entusiastiskt sätt bidragit till en lyckad implementering av Självvald inläggning. Önskar även att lyfta fram koordinatörerna inom arbetsgruppen som dagligen på olika sätt arbetar för att projektet hålls levande på respektive enhet. Jag är tacksam för deras goda arbetsvilja och kompetenta bedömningar. Ser fram emot ett fortsatt gott samarbete!”

Det blir tydligt via patienternas utvärdering att man kan, efter relativt kort tid, öka delaktigheten, stärka autonomin samt skapa positiva erfarenheter för patienterna.

Ser även fram emot att framöver påbörja analysen av forskningsdatan inom projektet!”



Joachim Eckerström

*Projektledare
Specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård, Fil. mag.*

Åsa Steinsaphir, Brukarinflytandesamordnare NSP:

”Min väg ur svår och långvarig självskaideproblematik i början av 2000-talet handlade delvis om en individuell lösning jag idag skulle kunna kalla för självvald inläggning. Att få förtroendet att använda den erfarenhet jag faktiskt hade om mig själv, mitt mående och mitt vårdbehov, innebar att jag på ett helt annat sätt kunde utveckla det till en kunskap om mig själv. Det gjorde också att delar av de problem som inte orsakas av symptom och diagnos, utan av maktojämligheten vård-patient emellan, minskades eller försvann helt. Den lösning man skapade för mig då var tyvärr mycket sårbar i och med att det handlade om en individuell överenskommelse med en läkare om att ’komma in när jag ansåg att jag behövde det’. Det blev beroende av att just den läkaren eller den personalen som kände till det råkade jobba när jag kom in.

Därför ser jag mycket positivt på att man nu försöker systematisera det här arbetssättet, och på olika sätt stärker patientens möjligheter att få insatsen. Att det inte längre ska vara bundet till en viss enskild behandlares goda vilja och utanför-boxen-tänk, utan att det blir en formell insats man som patient kan beviljas som stärker ens möjlighet att själv få avgöra, och lära sig avgöra, hur och när man behöver vård.”

Virginia Alarcon och Camilla Gammel, koordinatörer, avdelning 51:

"Att arbeta i det kliniska projektet självvald inläggning med patienter som har en emotionell instabilitet är väldigt inspirerande. Att se processen som leder patienten till en ökad självständighet och eget ansvar för sig, sin vård och sin psykiska hälsa. Det känns som en naturlig utveckling av avdelningen, då vi länge har arbetat med patienternas egna resurser och att stärka autonomin.

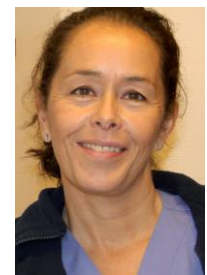
Samarbetet med öppenvården har också utvecklats, tillsammans har vi patienten i centrum.

Ett år efter projektets början kan vi summera att de farhågor som fanns bland personal vid starten av projektet har inte en enda besannats. Inga självsador har rapporterats under självvald inläggning. Patienterna har hittat sin strategi när det är självvald inläggning de ska använda eller när de ska söka akut. Ingen patient har använt max antalet inläggningar som de har rätt till enligt kontrakt."



Virginia Alarcon

*Koordinator
Avdelning 51*



Camilla Gammel

*Koordinator
Avdelning 51*

Catarina Goldman Flodin, koordinatörer, avdelning 24:

"Sammanfattande erfarenheter:

Roligt att se hur patienter med emotionell instabilitet utvecklar sitt eget ansvarstagande genom att ringa för en självvald inläggning istället för att självskada. Spännande att utmana patienter att ta eget ansvar och träna sig i färdighetsträning.

-Vilka är SI:s styrkor?

Trygghet, återhämtning i lugn miljö och självbestämmande.

-Hur är det som sjuksköterska att arbeta med SI?

Mycket spännande, men även utmanande, då man vissa tider står själv som medicinskt ansvarig med egna beslut.

-Utmaningar?

Ta beslut som är avgörande för patienten, utmana sin egna medicinska och psykiatriska kunskap och kompetens.

-Hur har andra patienter på avdelningen reagerat på SI?

De har inte reagerat med avundsjuka, utan tvärtom. Övriga patienter blir inspirerade och nyfikna på SI, vilket ledde till nytt kontrakt.

-Tankar kring planeringen framåt?

Jag önskar mer kunskap om just emotionellt instabilt personlighetssyndrom och självskadebeteende. Just nu tryck på rummet, önskar ytterligare ett SI-rum med tanke på att patienterna är rädda att rummet ska vara upptaget när de ringer."

Referenser

Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158: 36–42.

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B. & Hale, N. (2004). Suicidal behaviour in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226–239.

Comtois, K.A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R. & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54 (8): 1149–1154.

Helleman, M., Goossens, P.J., Kaasenbrood, A. & van Achterberg, T. (2014). 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.

Helleman, M., Goossens, P.J., Kaasenbrood, 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.

Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzales, A.R. & Morse, J.Q. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women with borderline personality disorder. *Behavioural Therapy*, 32: 371–390.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically, parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48: 1060–1064.

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

Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151: 1771–1776.

Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8(4): 279–92.

Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P. & Kivlahan D.R. (2002), Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67 (1):13–26.

Lundh, L-G. (2014). Behandling vid icke-suicidalt självskadebeteende kräver tydlig struktur.

Randomiserade kontrollerade studier visar evidens för DBT och MBT. *Läkartidningen* 111: CH9E.

McGlashan, T. (1986). The Chestnut Lodge Follow-up Study: Long term outcome of borderline personalities. *Archives of Genetic Psychiatry*, 43, 20–30.

Odelius C. & Ramklint M. (2014). En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatri i Uppsala.

Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 10 (53), 1300–1303.

Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12 (1): 56–60.

Perseus K-I, Ekdahl S, Åsberg M. & Samuelsson M (2005). To tame a volcano: patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19 (4):160–168.

Perseus, K-I., Andersson, E., Åsberg, M. & Samuelsson, M. (2006). Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 302–307.

SBU (2015). Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskadebeteende. SBU-alert, rapport 201504.

Stone, M. H. (1993). Long term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 299–313.

Verheul, R., Van Den Bosch, L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T. & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182: 135–140.

Zetterqvist M., Lundh L.G., Dahlstrom O. & 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. *J Abnorm Child Psychol*, 41:759-73.