

Primum non nocere - för vem?

Dokumentation av en läkardag om självskadebeteende och vårdskador. 13 november, Hässleholm

Läkare från olika verksamheter i Södra Sverige kom för att ta del av dag med fokus på självskadebeteende. Välkomnade gjorde Herman Holm, David Ershammar och Sofie Westling. Några av läkarna som sökt sig till dagen hade erfarenhet av arbete direkt riktat till patienter med självskadebeteende, andra mötte främst patienter med självskadebeteende i egenskap av jour eller bakjour. Oavsett i vilken utsträckning man kom i kontakt med patienter som skadat sig uttrycktes ett intresse och ett behov av mer kunskap utifrån värdet av att vara väl förberedd på de utmaningar som det innebär att möta patienter med självskadebeteende. Dokumentation är sammanställd av Ellen Gerle.

Ramprogram

Vad hjälper vid självskada?

Filmvisning och diskussion med *Hannah Parnén, SHEDO* utifrån sina egna och sina kamraters erfarenheter om vägarna till ett hälsosammare liv

Självskadebeteende: Funktion, prevalens och effektiva insatser

Maria Zetterqvist, psykolog, fil. dr vid Linköpings universitet ger en översikt över det senaste inom kunskapsområdet.

"Det här går inte längre" - reflektioner kring chefskap och att leda verksamheter för självskadebeteende

Göran Rydén, verksamhetschef, läkare, psykoanalytiker, Norra Stockholms psykiatri

Solvere - forumteater

Teatergruppen Solvere inspirerar till diskussion genom sina teater-scener som präglar vardagen i vården för personer med självskadebeteende och den personal som möter dem.

Doktors dilemman

Mötet med personer som självskadar utmanar på flera sätt. Ofta står läkarna inför svåra beslut samtidigt som evidensen ger bristande vägledning. Symton, sjukdom eller skada – perspektiv påverkar förhållningssätt

Vad hjälper vid självskada? - brukar- och anhörigperspektiv

Hannah Parnén som är aktiv i den rikstäckande intresseföreningen SHEDO stod för det första anförandet. Förutom en presentation av SHEDOs olika aktiviteter såsom föreläsningar, anhörigutbildning, stödforum och opinionsbildning, visade Hannah den nyproducerade filmen Tjejen som bar på en hemlighet- om självskadebeteende och ätstörningar. Filmen gestaltade på ett berörande sätt hur Hannah kämpat med ätstörningar och självskadebeteende. Filmen konkretiserade bland annat aspekter av självstigmatisering; vi såg hur energikrävande det kan vara att i ett redan pågående lidande även uppleva att man behöver dölja sitt lidande från omgivningen. En bekymrad skolsystems frågor kring matvanor kan avvisas trots att stor del av den vakna tiden går till att hantera ångest och oro kring mat och ständiga besvär med yrsel, trötthet och huvudvärk. Likt en ond spiral kan skammen över det egna lidandet förstärkas med skammen över att vara en falsk och förljugen person som inte är ärlig om vad som händer i det inre livet. Filmen gav även en inblick i hur svårt det kan vara för närstående när någon utvecklar ett självskadebeteende; även de drabbas när maktlöshet och rädsla tar över vardagen.



När eftertexterna började rulla tog Hannah åter ordet. Hon talade om hur destruktivt det kan bli när vårdpersonal inte lyckas upprätthålla ett gott bemötande, och även om den läkande kraft som ett gott bemötande kan ha. Hannah menade att avgörande vårderfarenheter ofta handlar om personer som tagit sig tid, som gått utanför rutiner och gjort det där lilla extra, som genom sitt intresse och sin medmänsklighet nått fram till patienten och lyckats så ett frö av hopp. Enligt Hannah kännetecknas en god vård av delaktighet och överenskommelser, ett gott bemötande där man ser hela individen och värnar om de allianser som fungerar.

Filmen om Hannahs historia och hennes efterföljande reflektioner var uppskattad och berörde många. Publikkommentarer handlade om vikten av att förmedla hopp, behovet av att uppmärksamma närståendes situation och värdet i att inta en ödmjuk inställning inför att en återhämningsprocess kan ta tid.

Prevalens, funktion och effektiva insatser

Maria Zetterqvist, leg. psykolog, leg. terapeut och fil.dr från BUP i Linköping inledde sin föreläsning med en kort historisk tillbakablick. Självskada är på intet sätt ett nytt fenomen utan återfinns redan i skildringen av Oidipus liksom i uppmaningar om självbestraffning i bibeln. Idéhistorikern Karin Johannison har lyft fram skildringar av självskadebeteende från 1700-talet och i den medicinska litteraturen förekommer fallstudier från 18-00talet. 1938 föreslog Karl Menninger en förståelse av självskada som något annat än suicidalitet, och under 60-talet kom "wrist-slashers" att omnämnas som "de nya kronikerna". Först 1980 gör begreppet intåg i DSM, men då som symtom under borderline personlighetsstörning. Maria upplyser om att det redan då fördes diskussioner kring möjligheten att hantera självskada som en separat diagnos.

Maria som undersökt förekomsten av självskada bland ungdomar belyste det faktum att prevalensstudier presenterar väldigt varierande resultat. En del av variationen kan förstås utifrån skilda operationaliseringar av begreppet, men det har också visat sig att mätningar påverkas av huruvida man använder sig av checklistor eller öppna frågor. När vi undersöker områden som kan vara förknippade med ska eller på andra sätt är socialt känsliga genererar öppna frågor i stil med "skadar du dig själv?" lägre siffror än specifika konkreta frågor i form av en checklista där man radar upp olika beteenden. (T.ex. finns mätningar bland ungdomar i Sverige resultat mellan 34-42% med checklistfråga, och 17% med enskild fråga) En tänkvärd omständighet att bära med sig i det kliniska mötet.

Maria kopplade den rådande bristen på behandlingsforskning kring självskada till det faktum att det ännu inte utgör en egen diagnos. Nonsuicidal self-injury (nssi) återfinns under sektion III, d.v.s. under tillstånd som kräver ytterligare forskning, i den senaste DSM. Maria tolkar detta som en tydlig indikation på att det kommer att utgöra en diagnos i framtiden, något hon tänker kommer göra att behandlingsforskningen tar fart. Den behandlingsforskning som finns idag är framför allt kopplad till borderlinediagnosen.

I arbetet med att formulera en ny diagnos står man inför flera svårigheter som måste hanteras. Maria menar att diagnosen skiljer sig från andra beteendediagnoser i det avseendet att den är så processinriktad och kräver en specifik avsikt, handling och konsekvens. I sin föreslagna form krävs fem tillfällen av självskada, något Maria menar är godtyckligt och bör problematiseras. Maria påpekar även att formuleringen att beteendet ska orsaka lidande är tveksamt då det för individen kan vara en strategi för att hantera just lidande. Maria menar att självskada kan sägas vara *förknippat* med lidande, men att det av individen inte kan ses som ett beteende som orsakar lidande då det istället befriar henne från lidande.

Maria lyfte fram det faktum att självskada kan fylla många olika funktioner, där den vanligaste men inte den enda, är att hantera negativa affekter. Andra funktioner kan vara självbestraffning, anti-dissociation, antisuicid, sensation seeking, peer identification. Maria uppehöll sig särskilt vid den sociala funktion som handlar om att söka uppmärksamhet och som är mer utbredd bland ungdomar än i kliniska populationer. Maria menade att det är en funktion som ofta möts av ogillande och som behöver upprättelse. Uppmärksamhet är ett allmänmänskligt behov och att det kan finnas olika anledningar till att individer inte kommunicerar sina behov på andra mer accepterade sätt. Kanske har inte omgivningen hörsammat tidigare kommunikationsförsök? Hon påpekade också att vi har en tendens att uppmärksamma kommunikation om hjälpbehov eller

fara utifrån hur mycket ansträngning avsändaren lägger bakom sin kommunikation. Evolutionärt har vi ett beteende där vi högre värdesätter och uppmärksammar varningar och hjälpbehov utifrån hur stor ansträngning avsändaren gör för att kommunicera.

Viktiga frågor i vården av patienter som skadar sig

Göran Rydén, verksamhetschef, överläkare och psykoanalytiker från Norra Stockholms psykiatri föreläste kring hur vi bibehåller respekten för patienter som skadar sig, samverkan med andra aktörer och regler/smidighet.



Patienter som vårdats för självskadebeteende rapporterar stort missnöje med det bemötande de fått. Vår förmåga att bemöta dessa patienter bör enligt Göran förstås utifrån patientfaktorer, närståendefaktorer, vårdgivarfaktorer och organisationsfaktorer.

Patientfaktorer som det är hjälpsamt att vara medveten om handlar bland annat om anknytning. Patienter som skadar sig kan ha ett otryggt anknytningsmönster som påverkar förmågan att ta emot hjälp och stöd. Hjälp som erbjuds och avvisas kan upplevs som provocerande. Otrygg anknytning kan aktiveras genom inläggning i heldygnsvården och visa sig genom att dysfunktionella beteenden eskalerar. Miljön på avdelning ställer krav på patienten som kan bli övermäktiga. Emotionell instabilitet ställer höga krav på omgivningen och även neutral kommunikation kan tolkas som negativ. Samtidigt är patienterna ofta kommunikativa och hjälpssökande, en egenskap som om den förvaltas rätt kan bli en positiv kraft i vårdprocessen. Vi är vana att möta och förhålla oss till individer med en någorlunda jämn funktionsnivå, men dessa patienter kan ha en ojämn funktion där de klarar sig utmärkt på vissa områden och bristfälligt på andra. Patienter kan ha en mycket liten upplevelse av agenskap, något som riskerar att tolkas som bristande ansvarstagande och motivation. Bristande agenskap kan vara en svårighet och inte en ovilja, patienten kan uppleva att den faktiskt inte kan påverka sin situation.

Närstående till patienter med självskadebeteende kan uppleva stor stress, oro och vanmakt. De kan själva ha svårt att förstå patienten och kan uttrycka krav och misstänksamhet i relationen till vården och det den erbjuder. Närståendes krav och oro kan bidra till en akutisering som kan resultera i kraftfulla åtgärder, men resultatet kan även bli det motsatta i den meningen att man

hamnar i rigiditet och ett fokus på att på inget sett ge efter. Liksom patientens kommunikativa och hjälpsökande sida kan utgöra en tillgång i vårdprocessen kan närståendes stora engagemang om det förvaltas väl bli en tillgång i vårdprocessen. I mötet med anhöriga bör det även finnas en medvetenhet om ärftlighetsfaktorer; patientens problematik kan vara närvarande även hos de anhöriga.

Vårdgivarfaktorer som är värdefulla att vara medveten om handlar om att vi traditionellt har fokus på bot och behandling istället för rehabilitering och funktionsstöd. Insatser präglas inte sällan mer av omvårdnad än stöd till eget ansvar. Göran menade också att den tacksamhet som vi kan vara vana vid att få av andra patienter kan utebli hos denna patientgrupp. Det handlar om patienter som kan ha svårt att se vad behandlaren behöver för att kunna hjälpa. Utebliven tacksamhet kan upplevas kränkande, men om vi är medvetna om det kan vi också träna oss i att hantera det. Göran menade även att heldygnsvården kan präglas av över- respektive under engagemang, något som han bland annat kopplar till rädslan för suicid.

Organisationsfaktorer som påverkar vårt bemötande rör bland annat det faktum att vården blir allt mer subspecialiserad. Patienter med komplexa behov riskerar att uteslutas ur de grupper vi identifierar och de kan bli olönsamma i statistiken. Akutsjukvården är uppbyggd utifrån andra behov, t.ex. melankolikern och psykopatienten. Man värjer sig även mot patientinflytande vilket gör att vi går miste om förbättringstankar.

I sitt resonemang kring lösningar på svårigheter i vården av självskadande patienter lade Göran vikt vid respekt för funktionsnedsättningen och en förståelse för att beteendet är ett försök att lösa problem, avdramatisering av akutiseringsgraden för att minska risken för reaktivitet, värdet i medskapande; patienter och närstående har i ett lugnt skede många bra idéer.

Som ledare menade Göran att det är viktigt att vara medveten om parallellprocesser; vi påverkas av patienter lika mycket som de påverkas av oss. Göran påpekade värdet i multipla perspektiv - det är en fördel att vara två. Han menade också till att vara uppmärksam på bildandet av subkulturer och att man vid skapandet av små enheter bör ha det med i riskanalysen. För att undvika subkulturer i små enheter bör de kopplas till annan verksamhet.

Göran avrundade med några ord om samverkan. Han menade att vi ofta sitter med en upplevelse av att det är "de andra" som har svårt att samarbeta. Göran drog en parallell till terapiprocessen; att tillsammans försöka hitta lösningar utifrån existerande förutsättningar existerar skapar upplevelsen av agenskap. Vårdplaneringar inom landstinget leder ofta till att man sitter tillsammans med patienten och identifierar svårigheter och behov för att först senare koppla in kommunen som då hamnar i en svår situation där de hamnar i att sitta och neka till att ge den hjälp man presenterat för patienten. I ett sådant tillvägagångssätt menade Göran att patienten far mest illa.

Avslutningsvis tipsade Göran om boken Getting to yes- negotiating an agreement without giving in.

Solvere- utbildning och teater

Teatersällskapet Solvere framförde en interaktiv föreställning som tagits fram tillsammans med SHEDO. Föreställningen bestod av två scener som arbetats fram utifrån material från både psykiatripersonal och patienter. Inledningsvis fick publiken formulera vad som är det bästa med att arbeta inom psykiatrin. Några lyfte fram det meningsfulla i att arbeta med en utsatt patientgrupp, möjligheten att se hela livsödet och att det är utmanande men sällan tråkigt. När publiken fick sätta ord på svårigheter att arbeta med patienter som skadar sig handlade det om rädsla att göra fel, utmaningen att härbärgera rädsla, ilska och maktlöshet. Det lyftes fram tankar om att patienterna ofta har en stor självkritik och kan uppleva skam över sin problematik, något som försvårar kommunikationen och genererar oförutsägbarhet. Det faktum att det kan röra sig om en långdragen problematik förknippades med att du även när du hanterar en situation väl kanske aldrig får ett kvitto på att du gjort rätt. Möten med patienterna kunde upplevas som intensiva och det kan kännas som om saker ställs på sin spets, liv och död blir närvarande i rummet och risken för att bli överväldigad av hjälplöshetskänslor finns.



Föreställningen gick sedan ut på att skådespelare spelade upp scenarior där det gestaltades hur vårdpersonal utmanades på olika sätt. Teman som gränssättning, splitting, kommunikation, makt och bemötande avhandlades.

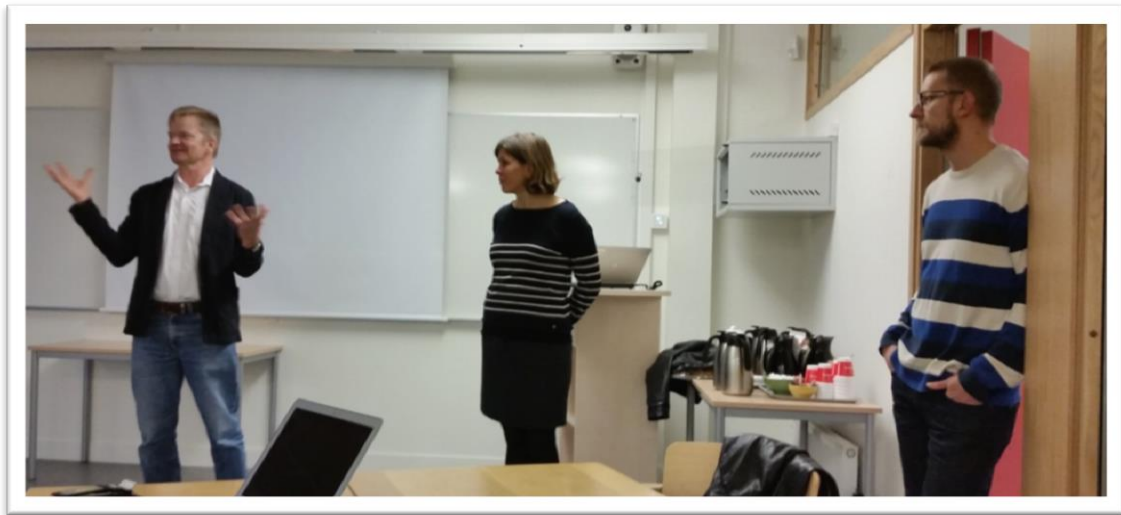
Scenerna lyfte fram svårigheter som publiken kände igen sig i och som flera menade troligtvis var professions-obundna. Hur hantera en auktoritär kollega? Hur finna vägar till diskussion och samarbete med någon som har försvaren på högkant? Hur gå in och ta ansvar på ett konstruktivt sätt när patient och kollega hamnat i konflikt? Hur hjälpa en kollega härbärgera sin oro?

Publiken fick ta del av konkreta problemsituationer med hög igenkänningsfaktor och de förslag på lösningar och förbättringar som formulerades var konkreta. Men även generella strategier kunde skönjas i publikens sökande efter lösningar på de dilemman som spelades upp: Sätt patienten i fokus, det går att validera en kollegas upplevelse utan att agera utifrån den, konfrontation kan mötas genom att validera och avleda, att visa intresse för den andres situation och upplevelse kan vara avväpnande och ge utrymme för samtal och möte, genom att lyfta fram patientens behov i fokus kan vi motiveras till samarbete, bekräfta att du hör patientens önskemål och beskriv även

ditt eget behov av t.ex. samarbete och tillit, att skapa en helhetsförståelse för situationen- vad som hänt och vart vi vill komma kan vi bredda fokus och ta oss ur akutisering.

Avslutade reflektioner.

Herman Holm manade till reflektion kring hur vår tolkning av patientens problem styrs av ett sjukdoms- eller skadeperspektiv. Herman menade att vi tenderar att titta på problematiken som något inifrån kommande och som något som därmed behöver behandlas och botas. Lösningarna vi söker kan bli kortsiktiga och vi riskerar att hamna i hjälplöshet och uppgivenhet. Möter vi istället problematiken utifrån ett skadeperspektiv menade Herman att vi behöver ställa oss frågan vad patienten har råkat ut för. Många gånger, om än inte alltid, så finns det ett trauma i bakgrunden. Om vi försöker förstå patienten utifrån ett skadeperspektiv så ligger det närmre tillhands att se självskada som en form av copingstrategi; självskadan är ett sätt att hantera den tidigare skadan. Medvetenheten om att det kan röra sig om en tidig skada öppnar upp för en nyfikenhet i mötet med patienten. Med ett skadefokus följer ett rehabiliterande perspektiv som Herman menade ger större utrymme för hopp än vad sjukdomsbegreppet gör.



Sofie Westling informerade om det dokument med rekommendationer för psykiatrisk vård som man inom Nationella självskadeprojektet arbetar med att sammanställa. Till en början kallades projektet kvalitetsdokument, men idag finns funderingar kring att göra om det till riktlinjer för insatser. Mycket av innehållet är hämtat från Storbritanniens NICE-guidelines (National Institute for Clinical Excellence). Dokumentet innehåller sju rekommendationer där den första punkten rör medkänsla, respekt och värdighet. Punkten har prioriterats då det finns dokumenterad erfarenhet av att vårdens bemötande av patientgruppen inte varit verksamt. Dokumentet innehåller rekommendationer om bedömningar på akutmottagningar, vad ska göras på med akut och psykakut? En rekommendation handlar om utredning; vad ska de innehålla, vilka instrument finns och hur kan vi öka förståelsen? Här finns även en rekommendation att förnya en utredning ifall vården inte åstadkommer förändring inom sex månader. En rekommendation lyfter riskhanteringsplan där fokus läggs på att kartlägga risk- och skyddsfaktorer. Den femte punkten handlar om information och överenskommelse om behandling, vårdplaner och hur man går vidare när en patient tackar nej till erbjuden vård hanteras. Den sjätte punkten rör behandling där frågor om allmänpsykiatriska insatser, närståendestöd, psykoterapi, heldygnsvård och samarbetsfrågor

lyfts. Den sjunde och sista punkten belyser kontinuitet och samarbete och kritiska övergångar, sip, samordnad individuell plan och case-management.

Efter en kortfattad presentation av dokumentens innehåll bads Sofie besvara frågan som många läkare brottas med: Hur ska jag göra- lägga in eller inte lägga in? Sofie menade att frågan inte har något enkelt svar, forskningen kring området är inte tillräcklig för att svara ja eller nej. Istället behöver vi vara ödmjuka inför det komplexa i situationen. Det viktiga är att som läkare tillsammans med patienten hitta en lösning som båda kan känna sig trygga med. Man får lirka med patienten för att söka hitta vägar som kan göra att det känns tryggt att gå hem eftersom en inläggning riskerar att bli destruktiv. Men både läkare och patient ska bli nöjda, ibland behöver patienten läggas in. Sofie menade också att om patienten redan har kontakter, om det finns en gott utarbetad behandlingsplan så brukar det inte bli lika svårt. Då kan man hänvisa till kontakten och till patientens nästa kontakttillfälle, erbjuda patienten att ringa till akutmottagningen igen. Det handlar om att hitta en väg tillsammans.