Nationella Självskadeprojektet

UPPSALA UNIVERSITET

En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatrin

Innehållsförteckning

Inledning	3
Sammanfattning	4
Bakgrund	5
Syfte och frågeställningar	7
Metod	9
Resultat	16
Diskussion	23
Referenser	25
Bilagor	28

Inledning

I en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen i oktober 2011 beslutades om en satsning på att utveckla och samordna insatser för att minska antalet unga med självskadebeteende. Ett nationellt självskadeprojekt bildades, organiserat i en nationell styrgrupp och tre regionala kunskapsnoder. Arbetet inom projektet har fördelats mellan noderna. Stockholmsnoden som leds av Clara Hellner Gumpert gav på våren 2013 uppdraget åt Uppsala Universitet att undersöka hur vanligt det är med självskadebeteende hos patienter inom psykiatrin, det vill säga att genomföra en nationell prevalensmätning. Under hösten 2013 fick därför alla patienter över 12 år på ett representativt urval av barn & ungdoms- och vuxenpsykiatriska kliniker i landet besvara en enkät. Resultatet från denna undersökning presenteras i denna rapport.

Uppsala april 2014

Charlotta Odelius Mia Ramklint

Sammanfattning

Bakgrund

Undersökningar bland svenska högstadieelever har visat att självskadebeteende är mycket vanligt. Däremot saknas det svenska undersökningar av förekomsten av självskadebeteende bland patienter inom psykiatrin.

Det finns en koppling mellan självskadande beteende och självmordsbenägenhet. Personer med självskadande beteende rapporterar oftare självmordstankar och att de gjort fler självmordsförsök. Därför är det viktigt med mer kunskap om relationen mellan självskadande och självmordsbeteenden bland patienter inom psykiatrin.

Metod

Ett stegvis representativt urval av psykiatriska kliniker tillfrågades om deltagande, inkluderande både barn- och vuxenpsykiatriska verksamheter från samtliga sjukvårdsområden. Totalt deltog 84 enheter från 15 städer. Under upp till två veckor tillfrågades alla patienter som besökte enheterna om att delta. De som valde att göra det fyllde i en enkät om självskadande beteende, DSHI-9+. Andelen deltagare på enhetsnivå varierade mellan en och 100 %, men var svårvärderat. Totalt inkluderades 1717 enkäter från 68,2 % kvinnor och 23,9% män (7,9 % saknade uppgift om kön). Medelåldern var 31,3 år (± 14,6), där den yngsta deltagaren var 12 år och den äldsta 77 år.

Resultat

Förekomsten av självskadande beteende var i hela materialet 47,2 %. Det var framförallt unga kvinnor som skadade sig. Bland kvinnor under 18 år hade 73,8 % skadat sig minst en gång. Bland de unga kvinnorna var det också vanligare att ha upprepat det självskadande beteendet många gånger. De vanligaste självskademetoderna var slå sig, rispa sig och skära sig. Det fanns inga geografiska skillnader. Det var vanligare med självskadadande beteende inom slutenvården jämfört med öppenvården. Bland de med självskadande beteende var det mycket vanligt med självmordstankar (91,1 %) och självmordsförsök (52,2 %). Sambandet blev starkare om patienten skadade sig oftare. Cirka en tredjedel av de deltagarna med självskadebeteende rapporterade att ingen inom psykiatrin kände till det. Detta var särskilt vanligt att män som självskadade inte berättade om det.

Diskussion

Hög förekomsten av självskadande beteende, framför allt bland unga kvinnor, överensstämmer med tidigare forskning. Detta gäller även sambandet mellan självskadebeteende, självmordstankar och självmordsförsök. Detta belyser vikten av att identifiera självskadande beteende och väga in detta i samband med självmordsriskbedömningar. Av alla patienter som självskadade uppgav en tredjedel, och mer än hälften av männen, att ingen inom psykiatrin kände till det, Genom att använda frågeformulär borde andelen identifierade patienter kunna öka.

Bakgrund

Historik

Beskrivningar av självskadande beteende finns i skrifter redan från romartiden. På 1800-talet kom de första medicinska artiklarna som rapporterade allvarligt självstympande beteende hos patienter med svår psykisk sjukdom. I mitten på 1900-talet ökade antalet beskrivningar av självskadande beteenden och andra former av självskada beskrevs, som att skära sig i handlederna. I slutet på 1960-talet kom de första artiklarna som försökte skilja självskadande beteende från självmordsförsök. Från 1990-talet och framåt har antalet artiklar om självskadande beteende ökat och handlat om allt från orsaker bakom beteendet, associerade biologiska och psykologiska faktorer och om diagnostik (Favazza, 1998).

Vad är självskadande beteende?

Det saknas idag en enhetlig definition av självskadande beteende. Det finns indelningar som baserar sig på 1) karaktären av självskadebeteendet, 2) på hur ofta det förekommer, 3) och på om det är kopplat till självmordsförsök eller inte (Favazza, 1998).

Ett återkommande problem inom forskningsfältet har varit att skilja mellan självskadande beteende med eller utan självmordsavsikt. Forskare väljer ibland att exkludera självskadande med medveten självmordsavsikt ur sin definition, medan andra forskare talar om patienter med *självmordsbeteende*, vilket kan inkludera allt från icke-suicidalt självskadebeteende och självmordstankar till självmordsförsök.

Att begreppen kring självskadande beteende fortfarande är så diffusa medför att resultaten från forskningen har varit mycket svåra att tolka. Många studier kan inte jämföras med varandra, då de använder olika definitioner och olika diagnostiska metoder för att värdera självskadebeteendet (Gratz, 2001).

En vanlig förekommande definition, som skiljer mellan självskadebeteende och suicidalt beteende är *avsiktlig, direkt destruktion eller förändring av kroppsvävnad utan medveten suicidavsikt (Favazza 1998).* Denna har använts i många studier (Chapman, Gratz, Brown 2006; De Klerk, van Noorden, van Giezen, Spinhoven, den Hollander-Gijsman, Giltay, Speckens, Zitman 2011).

Hur vanligt är självskadande beteende?

Självskadande beteende debuterar ofta i yngre tonåren (Nixon, Cloutier & Jansson 2008). Få patienter uppger debut före 12 års ålder. I USA har en ökning av självskadande beteende hos barn under 15 år kunnat konstateras. (Hawton & Harriss 2008). Enligt Socialstyrelsen (2004) finns en misstanke om en ökad förekomst även i Sverige och att problemet går ner i åldrarna, baserat på klinikers subjektiva uppfattningar, men tillgänglig statistik bedöms vara bristfällig.

Svenska studier

Ett par studier har gjorts på svenska tonåringar i vanliga skolklasser, där man sett att någon typ av självskadande beteende är mycket vanligt. En studie på svenska elever i årskurs nio visade att 65,9 % någon gång skadat sig själva. Andelen som upprepat det självskadande beteendet många gånger var betydligt lägre, 13-14 % (Lundh, Karim &

Quilisch 2007). I en senare studie visades även att 36,5- 40,2 % av något yngre elever i årkurs sju och åtta också skadat sig själva minst en gång (Bjärehed & Lundh 2008). En nyligen gjord studie på gymnasieungdomar visade att en tredjedel skadat sig någon gång det senaste året (Zetterqvist et al 2013).

Prevalensstudier på den psykiatriska populationen i Sverige saknas ännu.

Utländska studier
Från amerikanska studier har bland ungdomar en livstidsprevalens mellan 13- 23 % rapporterats (Jacobson & Gould 2007). I en stor populationsstudie på tonåringar i Hong Kong fann man en prevalens på 13 % respektive 20 % hos pojkar och flickor det senaste året (Cheung 2012). En liknande prevalens på 19 % det senaste halvåret har rapporterats bland tyska elever i årskurs nio (Plener 2013).

Bland vuxna psykiatriska öppenvårdspatienter har självskadande beteende någon gång under livet rapporterats förekomma bland fler än hälften, 55 % (de Klerk et al 2011). Bland spanska tonåringar i öppenvårdspsykiatri rapporterade 21,7% att de skadat sig någon gång under livet (Diaz de Neira et al, 2013). Guerry & Prinstein (2010) fann i sin studie på inneliggande ungdomar att 68 % skadat sig det senaste året. I en kanadensisk studie visades att 34 % av ungdomarna som vårdades inneliggande eller i intensiv hemsjukvård hade självskadande beteende (Preyde et al 2011).

Förekomst av olika självskadande metoder
Vilka metoder av självskadande som är vanligast varierar. Bland svenska högstadieelever är att rista in ord och symboler i huden, sticka vassa föremål i huden, riva sig till det blöder, slå sig själv så att man får blåmärken och förhindra sår från att läka vanligast, följt av att skära sig och bränna sig (Lundh et al, 2007; Bjärehed & Lundh, 2008). I amerikanska studier på collegeungdomar förekommer att riva sig och att slå sig själv som de vanligaste metoderna, därefter att skära sig (Whitlock et al, 2006). Skillnaden i metoder ses främst mellan populationsstudier och kliniska studier, där det bland psykiatriska patienter är vanligast att skära sig, följt av att slå sig själv och att bränna sig (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). De flesta av de som självskadat rapporterar också att de använt flera olika metoder (Whitlock et al, 2006; Hawton et al, 2002).

Metoderna skiljer sig något åt mellan könen. Kvinnor river och skär sig oftare än män, medan fler män slår sig oftare med föremål (Klonsky & Muehlenkamp, 2007)

Hur värderar vi självskadande beteende?

För att undersöka psykiska symtom använder man antingen strukturerade diagnostiska intervjuer eller frågeformulär som patienten själv fyller i. Några olika frågeformulär har tagits fram och utvärderats vad gäller deras tillförlitlighet. Ett sådant formulär är Deliberate Self Harm Inventory (DSHI) (Gratz 2001). Formuläret finns i en förenklad version (DSHI-9) som översatts till svenska, se metoddelen. Det efterfrågar inte enbart självskadande beteende utan suicidavsikt, utan inkluderar alla självskadande handlingar oavsett intention. Man har resonerat kring om självskadande beteende bör definieras på beteendenivå eller utifrån den bakomliggande avsikten och svårigheterna kring att vissa patienter kan ha

blandade avsikter med dessa handlingar och valde därför att utesluta avsikt från formuläret.

Relationen mellan självskadebeteende och självmordsbenägenhet

Studier visar att det finns en koppling mellan självskadebeteende utan självmordsavsikt och självmordsbenägenhet. Av inneliggande vuxna psykiatriska patienter med självskadebeteende utan självmordsavsikt visade sig 70 % ha gjort minst ett tidigare självmordsförsök under sitt liv. Antalet självmordsförsök var kopplat till antalet olika självskademetoder som patienten använde och hur länge beteende hade pågått (Nock et al, 2006). Andover & Gibb (2010) undersökte också psykiatriska inneliggande patienter och såg att de med självskadebeteende utan självmordsavsikt oftare hade gjort självmordsförsök än de utan. Det fanns även en korrelation mellan frekvensen av självskadande beteende och antalet självmordsförsök. Det visades också att en högre frekvens av självskadande var kopplat till självmordsförsök med en allvarligare dödlig avsikt. Även i andra studier har självskadande visats vara vanligt förekommande bland patienter som har gjort självmordsförsök och patienter med denna kombination har mer symtom på depression (Guertin et al, 2001, Stanley et al, 2001). I en populationsstudie på kinesiska tonåringar hade de med självskadebeteende utan självmordsavsikt i högre utsträckning också självmordsbeteenden än de som inte skadade sig (Cheung 2012). Bland skolungdomar med både självskadebeteende utan självmordsavsikt och tidigare suicidförsök har man sett en högre nivå av självmordstankar och en tendens till allvarligare depressionssymtom än hos de tonåringar som bara hade icke suicidalt självskadande. Frågan som väcks är om både icke suicidalt och suicidalt självskadande beteende förekommer i ett kontinuum, där då icke suicidalt självskadande föregår självmordsförsök (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007).

Varför är det viktigt att identifiera självskadande beteende?

Personer med självskadande beteende löper en ökad risk både för framtida suicidförsök och för fortsatt självskadande. Personer med självskadande beteende som gör självmordsförsök tenderar att underskatta graden av dödlighet i försöken och tar heller inte döden som begrepp på lika stort allvar (Stanley et al 2001).

Ett självskadande beteende kan även få konsekvenser på ett socialt plan. Det kan leda till negativa reaktioner från omgivningen och ett stigmatiserande. De typiska självskadeärren efter skärsår på underarmarna känns lätt igen av andra och är socialt oacceptabla. Ärren kan orsaka skuldkänslor och skam hos den drabbade individen. Även efter att personen upphört med det självskadande beteendet och stabiliserats i sitt psykiska mående finns ärren kvar och kan förorsaka problem både i sociala sammanhang och i yrkeslivet. Många patienter söker därför hjälp inom plastikkirurgin för att försöka få bort eller minska ärrvävnaden (Acikel et al, 2005). Olika typer av självskador kan också ge fysiska men, till exempel kan sår infekteras eller ge bestående ärr, djupa skärsår kan ge skador på kärl och nerver osv.

Syfte och frågeställningar

Syfte

- att kartlägga förekomsten av självskadande beteende bland barn & ungdoms- och vuxenpsykiatriska patienter i Sverige

Frågeställningar

- Hur vanliga är olika självskadebeteenden hos patienter inom psykiatrin i Sverige?
- Skiljer sig förekomst eller självskademetoder mellan olika åldersgrupper?
- Hur vanligt är enstaka respektive upprepat självskadande beteende?
- Skiljer sig förekomst eller självskademetoder mellan olika geografiska områden i landet?
- Skiljer sig förekomst eller självskademetoder mellan öppenvård och slutenvård?
- I vilken utsträckning förekommer självskadande beteende med eller utan samtidigt suicidalt beteende?

Etik

Före studien startade gjordes en ansökan till Regionala Etikprövningsnämnden i Uppsala med diarienummer 2013/225. Nämnden lämnade ett rådgivande yttrande där de inte hade någon etisk invändning mot studiens genomförande.

Metod

Urval

Genom ett stegvis representativt urval tillfrågades psykiatriska kliniker om att delta. Sverige är indelat i sex stycken sjukvårdsområden; Norra, Uppsala/Örebro, Stockholm/Gotland, Sydöstra, Västra och Södra. I varje sjukvårdsområde valdes tre orter ut av olika storlek. Orterna delades in i ”stora” (>100000 invånare), ”mellanstora” (40000-100000) samt ”små” (<40000) städer. På varje ort tillfrågades verksamhetschefen för den psykiatriska verksamheten om deltagande.

Klinikerna i Visby, Södertälje och Varberg valde att inte delta. De verksamhetschefer som valde att ingå i undersökningen bestämde själva vilka enheter inom deras organisation som skulle delta. Enheterna delades in efter deras specialisering i; allmänpsykiatriska enheter, psykosenheter (endast öppenvård), ätstörningsenheter, beroendeenheter, akutmottagningar, DBT-enheter & MBT-enheter, BUP, och blandade enheter. Däremot tillfrågades inte äldrepsykiatriska enheter, psykos slutenvård eller neuropsykiatriska enheter. Totalt deltog 84 enheter från 15 olika orter (se tabell 1 och figur 1).

Tabell 1. Stegvis urval och bortfall av enheter

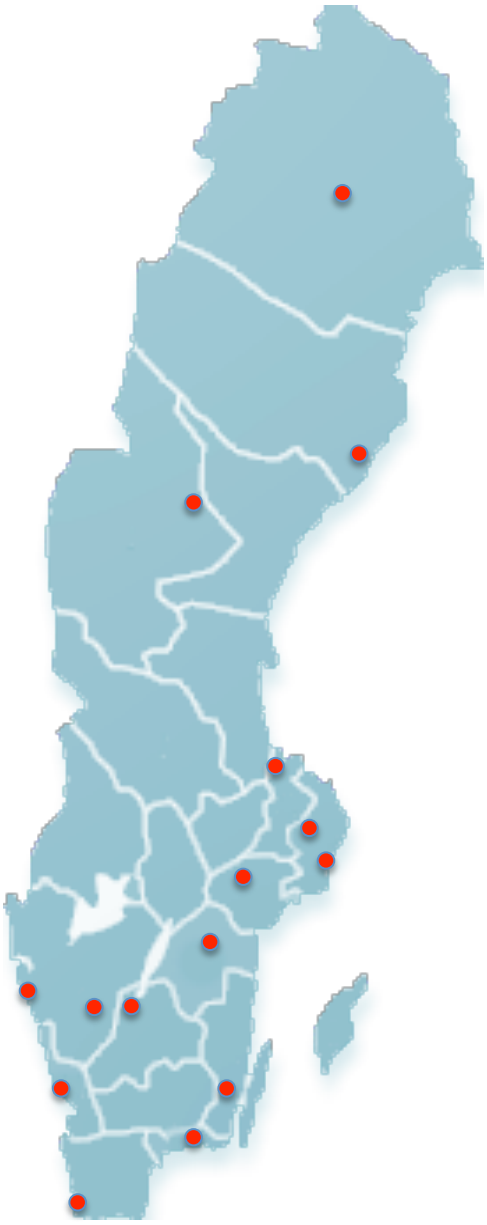
Utvalda verksamheter			**Deltagande enheter**		
Sjukvårds -område	Stad	Storlek på stad Stor (S) Mellanstor (M) Liten (L)	Deltar Ja=1 Nej=0	Slutenvård/ Öppenvård	Totalt antal deltagande enheter
Norra	Gällivare	L	1	SV+ÖV	5
	Östersund	M	1	SV+ÖV	2
	Umeå	M	1	ÖV	1
Uppsala/ Örebro	Uppsala	S	1	SV+ÖV	13
	Gävle	M	1	ÖV	1
	Katrineholm	L	1	ÖV	1
Stockholm/ Gotland	Stockholm	S	1	SV+ÖV	14
	Södertälje	M	0	-	-
	Visby	L	0	-	-
Sydöstra	Linköping	S	1	SV+ÖV	7
	Kalmar	L	1	SV+ÖV	3
	Jönköping	M	1	SV+ÖV	5
Västra	Göteborg	S	1	SV+ÖV	20
	Borås	M	1	SV+ÖV	4
	Varberg	L	0	0	0
Södra	Malmö	S	1	SV+ÖV	6
	Karlskrona	L	1	ÖV	1
	Halmstad	M	1	SV	1

Totalt deltog åtta enheter från Norra sjukvårdsområdet, 15 enheter från Uppsala/Örebro, 14 enheter från Stockholm/Gotland, 15 enheter från Sydöstra sjukvårdsområdet, 24 enheter från Västra och åtta enheter från Södra sjukvårdsområdet.

Figur 1. Karta över deltagande orter

Deltagande orter (nord till syd)

Gällivare (Vuxen och BUP)
Umeå (BUP)
Östersund (Vuxen)
Gävle (Vuxen)
Uppsala (Vuxen och BUP)
Stockholm (Vuxen och BUP)
Katrineholm (Vuxen)
Linköping (Vuxen och BUP)
Göteborg (Vuxen och BUP)
Borås (Vuxen)
Jönköping (Vuxen)
Halmstad (Vuxen)
Kalmar (BUP)
Karlskrona (BUP)
Malmö (Vuxen och BUP)



Procedur

Efter att verksamhetschefen tackat ja till att delta utsåg verksamhetschefen en kontaktperson på varje enhet. Till denna skickades material. Under en period på upp till två veckor någon gång under perioden september 2013 till januari 2014 tillfrågades alla patienter som besökte den deltagande enheten om att fylla i en anonym enkät om självskadande beteende. Ansvariga på enheten fick i uppdrag att exkludera patienter under 12 år, patienter med utvecklingsstörning samt patienter med akut psykos.

Enkäterna lämnades ut i samband med ett återbesök eller på avdelningen för att ansvarig behandlare då hade möjlighet att bemöta eventuella negativa reaktioner. Föräldrar till minderåriga barn fick skriftlig information hemskickad.

De ombads då ta ställning till om deras barn fick tillfrågas eller inte. Enkäterna samlades in på mottagningen/avdelningen och skickades därefter tillbaka till studieansvariga tillsammans med bortfallsstatistik. Alla enkäter kodades enligt bilaga 1. Bortfallsstatistiken baserades på att varje enhet registrerade hur många enkäter de delade ut, hur många de fick tillbaka samt hur många patienter som besökte enheten under insamlingsperioden.

Bortfall

Den inrapporterade bortfallsstatistiken var ofullständig, det saknades uppgifter delvis eller totalt. Det inrapporterade antalet patienter som besökt mottagningarna under tidsperioden var mycket stort, ofta mycket större än det antal enkäter som hade varit möjligt att dela ut. Totalt sett blev därför det beräknade bortfallet mycket stort, men även svårvärderat vad gäller dess riktighet.

Enligt de 71 enheter som lämnade bortfallsstatistik besöktes dessa enheter totalt av 12 580 patienter under studietiden varav 7 621(60,6 %) var kvinnor och 4 951(39,4 %) var män. Av dessa rapporterades 1 396 (11,1 %) patienter ha deltagit i undersökningen. Bortfallet varierade stort mellan de olika enheterna från 1 till 100 procent, se tabell 2. Utöver dessa 71 enheter skickade ytterligare 13 verksamheter in enkäter, men då utan bortfallsstatistik.

Totalt inkom 1718 enkäter. Av de inkomna enkäterna inkluderades alla utom en vilken kom i ett separat kuvert utan några som helst uppgifter (saknade kodning), varför det totala antalet enkäter blev 1717. Alla formulär var inte fullständigt ifyllda. Data som saknades var i 16 fall deskriptiva uppgifter om sjukvårdsområde och stad, i 49 fall om vårdform, i 136 fall om kön och i 135 fall saknades uppgifter om ålder. Alla enkäter togs med i de fortsatta analyserna varför deltagarantalet varierar mellan 1578 och 1717. Deltagarantal i olika analyser redovisas fortlöpande.

Bortfallsanalys

De enheter som hade mer än 60 % deltagande (n=9) jämfördes med övriga enheter (n=75). Bland enheterna med hög svarsfrekvens hade deltagarna en lägre medelålder (25 ± 12,1 år jämfört med 32 ± 14,7 år; t=6,92, p≤ 0,001) och fler var kvinnor (85,7 % jämfört med 72,5 %; χ^2 = 15,16, p≤ 0,001). Bland enheter med högt deltagande kom fler från Sydöstra sjukvårdsområdet, och från små städer (under 40 000 invånare). Det var också vanligare med högre deltagande inom slutenvårdsenheter, DBT-enheter och ätstörningsenheter.

Tabell 2. Deltagande enheter (n=84), med högst deltagarandel först. Av tabellen framgår även vilka enheter som saknade data om kön och ålder.

Enhet	Antal deltagare		Antal besökare		Procent deltagande
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Göteborg allmänpsykiatrisk avd 81	9	3	9	3	100
Kalmar ätstörningsenhet	73	5	91	6	81
Göteborg allmänpsykiatrisk avd 80	7	5	10	5	80
Gällivare slutenvårdsavd	4	3	4	6	70
Göteborg allmänpsykiatrisk avd 86	6	1	7	3	70
Uppsala BUP DBT	24	0	36	1	65
Göteborg affektiva 2 avd 82	5	4	5	4	60
Stockholm SCÄ vuxen slutenvård	4	2	8	2	60
Uppsala BUP akutavd	3	0	5	0	60
Uppsala BUP ätstörningsenhet	18	1	31	1	59
Karlskrona BUP Wämö center	14	5	26	9	54
Borås allmänpsykiatrisk mottagning	58	16	107	39	51
Halmstad allmänpsykiatrisk avd	4	2	10	3	46
Stockholm BUP DBT	27	4	70	3	42
Borås beroende avd 2	2	13	6	31	40
Uppsala BUP akutteam	4	0	10	1	36
Göteborg anorexi/bulimimottagning unga vuxna	17	1	52	1	34
Gällivare bedömnings- och utredningsmottagning	4	2	8	10	33
Linköping BUP slutenvård	2	0	3	3	33
Malmö allmänpsykiatrisk avd 84	5	0	9	7	31
Linköping BUP/vuxen ätstörningsenhet	25	0	81	3	30
Stockholm Huddinge allmänpsykiatrisk avd (M76/78)	14	8	49	24	30
Stockholm BUP Globen	26	7	67	50	29
Uppsala BUP Tierp	7	3	16	23	26
Kalmar vuxenvårdsavd 4	4	0	9	7	25
Gällivare BUP-mottagning	5	1	19	6	24
Jönköping beroende avd E	5	9	20	40	23
Stockholm Enskede-Årsta-Vantör blandad mottagning	8	2	26	18	23
Umeå BUP	35	10	131	66	23
Borås allmänpsykiatrisk avd 3	2	0	4	5	22
Göteborg affektiva 1 mottagning	23	1	107	5	22
Göteborg BUP anorexi/bulimimottagning	4	1	23	1	21
Stockholm SCÄ vuxen mottagning	42	0	206	9	20
Göteborg affektiva 2 ätstörningsenhet	26	1	139	9	18
Linköping BUP öppenvård	31	21	146	142	18
Malmö MBT	4	0	21	2	17
Gällivare affektiva mottagningen	14	5	72	44	16

Enhet	Antal deltagare		Antal besökare		Procent deltagande
	Kvinnor	**Män**	**Kvinnor**	**Män**	
Jönköping allmänpsykiatrisk avd	1	1	7	5	16
Linköping akutmottagning	5	5	33	31	16
Uppsala Mottagningen för Unga vuxna	24	10			16
Kalmar BUP	26	13	120	178	13
Linköping allmänpsykiatrisk mottagning	60	21	437	187	13
Uppsala affektiva mottagningen	68	30	535	251	13
Uppsala BUP Kungsgatan	19	8	110	101	13
Uppsala DBT/ätstörningsenhet vuxen	13	1	103	12	12
Linköping allmänpsykiatrisk avd	4	3	35	27	11
Stockholm SCÄ barn slutenvård	1	0	8	1	11
Gällivare psykosmottagning	2	3	26	23	10
Uppsala beroendeavd	0	2	7	13	10
Uppsala psykakuten	19	9	139	135	10
Jönköping psykosmottagning	12	17	160	157	9
Stockholm allmänpsykiatrisk mottagning city	28	9	291	129	9
Malmö allmänpsykiatrisk mottagning	63	22	666	384	8
Stockholm BUP Prima	24	16	244	288	8
Malmö BUP akuten	-	-	48	38	7
Malmö BUP slutenvård	1	0	7	8	7
Gävle allmänpsykiatrisk mottagning	27	6	310	202	6
Linköping psykosmottagning	3	5	57	80	6
Uppsala beroendemottagning	4	10	63	155	6
Göteborg allmänpsykiatrisk mottagning centrum	14	7	381	190	4
Östersund blandad avd	3	1	50	48	4
Borås psykosmottagning	8	4	191	185	3
Göteborg BUP-mottagning	-	-	40	38	3
Jönköping beroendemottagning	0	3	33	91	2
Katrineholm allmänpsykiatrisk mottagning	4	4	271	148	2
Stockholm Serafen psykosmottagning	11	9	408	452	2
Stockholm Huddinge psykosmottagning	2	1	110	127	2
Uppsala psykos öppenvårdsmottagning	2	0	45	78	2
Jönköping psykiatriska mottagningen Råslätt	2	0	90	61	1
Stockholm Enskede-Årsta-Vantör blandad avd	2	0	111	103	1
Östersund allmänpsykiatrisk öppenvård	6	0	496	317	1
BUP Gamlestaden	-	-	-	-	-
BUP Hisingen	-	-	-	-	-
Göteborg affektiv	2	2	2	-	-

Enhet	Antal deltagare		Antal besökare		Procent deltagande
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Göteborg allmänpsykiatrisk mottagning 1	19	11	-	-	-
Göteborg allmänpsykiatrisk mottagning 2	19	5	-	-	-
Malmö allmänpsykiatrisk avd	6	4	-	-	-
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, vuxen öppenvårdsmottagning	-	-	-	-	-
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, avd 334 ABDV	-	-	-	-	-
Göteborg Specialmottagning BUP	-	-	-	-	-
Stockholm Huddinge allmänpsykiatrisk mottagning	57	26	-	-	-
Göteborg Slottis BUP avd	-	-	-	-	-
Göteborg okänd enhet	-	-	-	-	-
Stockholm okänd enhet	9	0	-	-	-
Okänd enhet	-	-	-	-	-

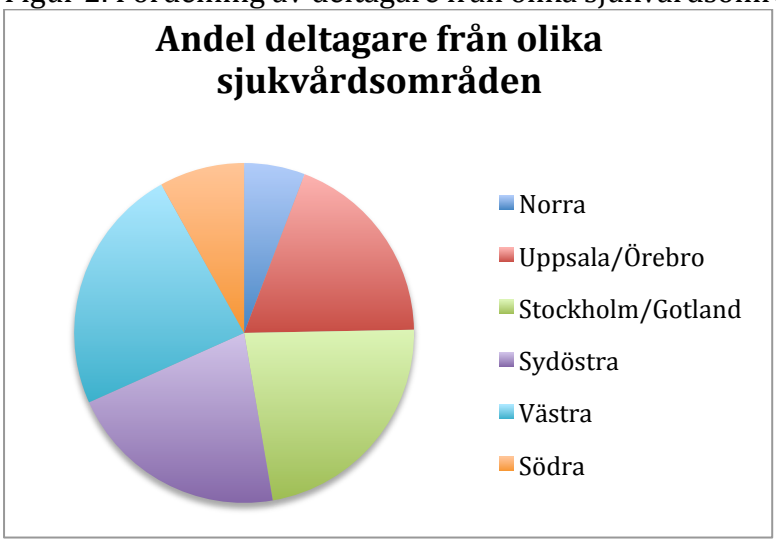
Deltagare

Deltagarna (med uppgifter om kön, n=1581) dominerades av kvinnor (n=1171, 68,2 %) jämfört med män (n=410, 23,9 %). Medelåldern var 31,3 år (± 14,6), där den yngsta deltagaren var 12 år och den äldsta 77 år. Medelåldern inom barn- och ungdomspsykiatrin var 15,6 (± 1,5) och inom vuxenpsykiatrin 36,3 (± 13,3) år.

Deltagare från olika sjukvårdsområden

Det var två till tre gånger fler deltagare från Uppsala/Örebro (18,7 %), Stockholm/Gotland (22,4 %), Sydöstra (20,9 %) och Västra (23,4 %) sjukvårdsområdena jämfört med Norra (5,8 %) och Södra (8,0 %), 16 deltagare saknade uppgift, se Figur 2.

Figur 2. Fördelning av deltagare från olika sjukvårdsområden



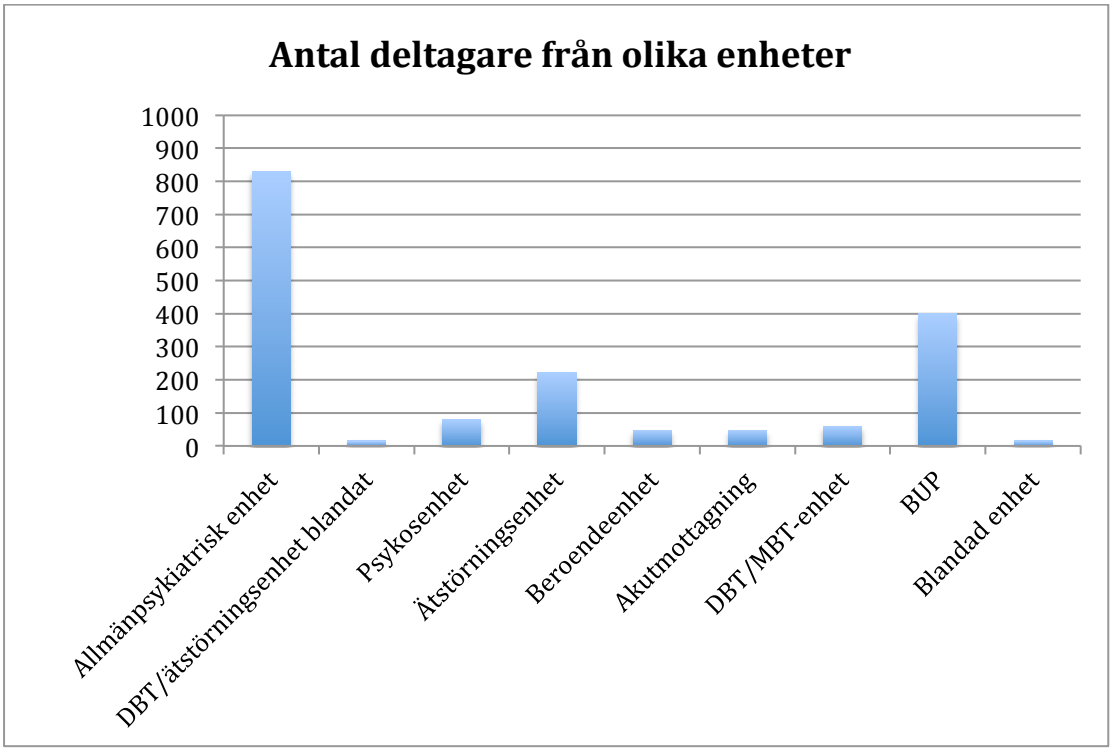
Deltagare från öppenvård respektive slutenvård

Det var 86,7 % av deltagarna som kom från öppenvårdsenheter och 10,4 % från slutenvård (n=1668).

Deltagare från olika typer av enheter

De flesta patienterna kom från allmänpsykiatriska vuxenenheter, 48,3 %, eller barnpsykiatriska enheter utan angiven specialisering, 23,2 %. Det var 12,9 % av deltagarna som kom från ätstörningsenheter. Från övriga enheter kom mindre än 5 % från respektive enhet, se Figur 3.

Figur 3. Fördelning av antal deltagare från olika enheter (n=1717).



Frågeformulär

Deliberate Self Harm Inventory: 9-Item Version (DSHI-9) är en förkortad och för ungdomar modifierad version av det ursprungliga formuläret Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) (Gratz 2001). Den svenska för ungdomar reviderade (Lundh, Karim et al. 2007) och förkortade versionen (Bjärehed and Lundh 2008) har fortlöpande utvärderats och kallas DSHI-9. Det finns uppgifter om förekomsten av självskadande beteende mätt med DSHI-9 bland högstadieelever i Sverige, formuläret har också använts bland inneliggande barnpsykiatriska patienter (Loverridge 2013). DSHI-9, består av 11 frågor där personen besvarar om han/hon senaste halvåret utfört något av de listade självskadebeteendena. De ska även fylla i hur många gånger de skadat sig själva och när de senast gjorde det.

I studien kompletterades formuläret med studiespecifika frågor, varför formuläret kallats **DSHI-9+**, se bilaga 2. Dessa frågor syftade till att skilja mellan

självskadande och självmordsbeteenden och att undersöka om psykiatrin identifierar patienter med självskadande beteende. Följande frågor lades till:

- ”Har du skadat dig på något annat sätt än ovanstående? Ange i så fall hur”
- ”Har Du skadat dig själv utan att samtidigt velat ta livet av dig?”
- ”Har du någonsin haft självmordstankar?” Patienten ombeds skatta hur många gånger de haft självmordstankar (aldrig, en gång, 2-5 gånger eller mer än fem gånger)
- ”Har du någon gång gjort ett självmordsförsök?” Patienten ombads skatta hur många suicidförsök de gjort (inga, ett, 2-5 eller fler än fem). Om de gjort självmordsförsök ombeds de beskriva hur.
- ”Vet någon inom psykiatrin om, t.ex. din behandlare eller läkare, att du skadat dig senaste halvåret?”

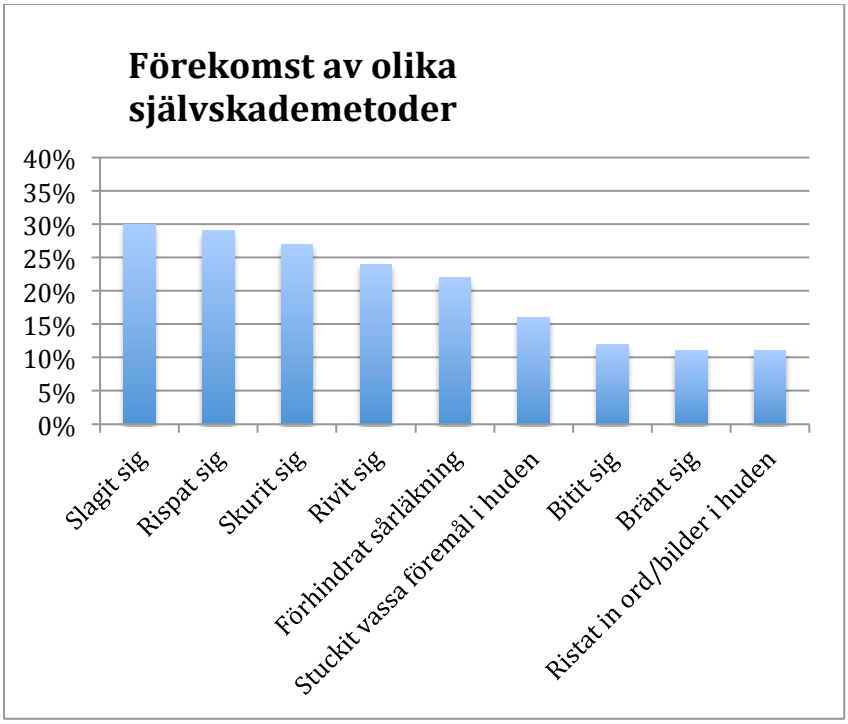
Resultat

Hur vanliga är olika självskadebeteenden hos patienter inom psykiatrin i Sverige?

Av deltagarna (n=1717) rapporterade nästan hälften, 47,2 % (n=810) att de skadat sig minst en gång de senaste sex månaderna. Det var 51,2 % av kvinnorna och 34,9 % av männen som rapporterade minst ett självskadebeteende.

Det vanligaste sättet att skada sig själv på var att slå sig själv, följt av att rispa sig så hårt att det börjar blöda och att skära sig, se Figur 4.

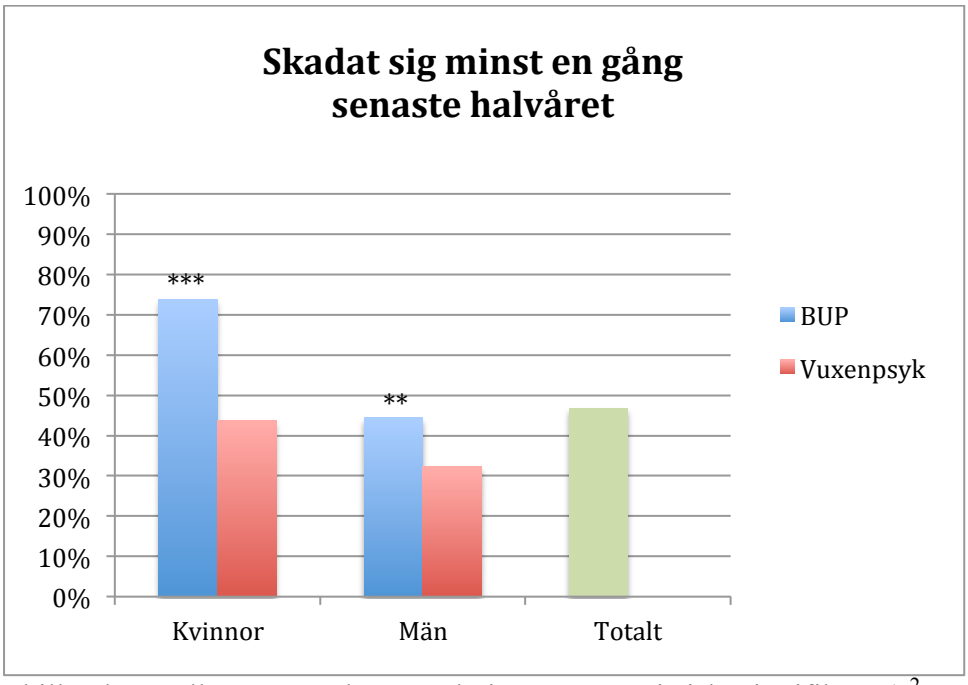
Figur 4. Förekomst av olika självskademetoder bland psykiatriska patienter i åldrarna 12-77 år (n=1717)



Skillnader i förekomst av självskadebeteende mellan olika åldersgrupper?

Det var de unga kvinnorna som stod för den största andelen självskade-beteenden. Bland kvinnor under arton år (n=290) rapporterade 73,8 % att de skadat sig själva, medan motsvarande siffra bland unga män (n=90) var 44,4 %. Bland vuxna kvinnor över arton år (n=881) rapporterade 43,7 % att de skadat sig själva sista halvåret, bland vuxna män (n=320) rapporterade 32,2 % motsvarande beteende, se Figur 5.

Figur 5. Jämförelse mellan unga respektive vuxna kvinnor och män vad gäller förekomst av självskadebeteende (n= 1581)



Skillnaden mellan unga och vuxna kvinnor var statistiskt signifikant (χ^2=79,07; p≤0.001), motsvarar *** i diagrammet), vilket även var fallet för män, men mindre uttalat (χ^2=4,65; p=0,031, motsvarar ** i diagrammet).

Mönstret var det samma för alla de nio olika självskadebeteenden som undersöktes, se Tabell 3. När patienterna delades in i ålderskategorier var antalet olika rapporterade självskadebeteenden flest i åldersintervallet 15-17 år (medel 3,2 ±2,9) följt av antalet rapporterade av dem i åldersintervallet 12-14 år (medel 2,9±3,0), följt av dem mellan 18-24 år (2,5 ±2,7). De över 25 år rapporterade lägst antal självskademetoder (1,0 ±1,8) .

Hur vanligt är enstaka respektive upprepat självskadande beteende?

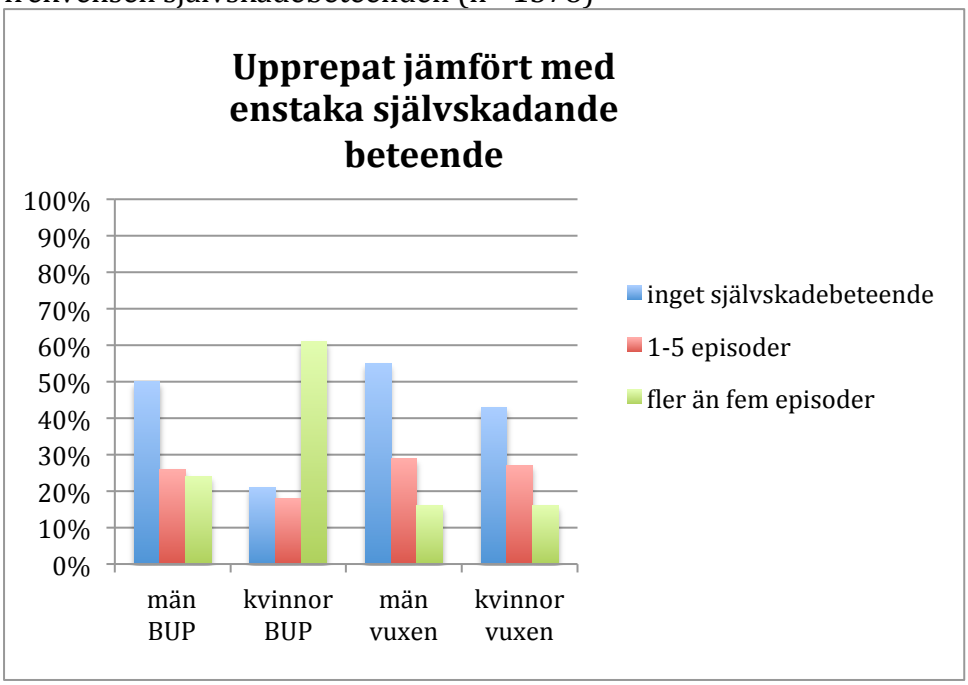
Av samtliga 1717 deltagare rapporterade 177 (10,3%) patienter att de bara använt ett sätt att skada sig på, medan 132 (7,7%) patienter bejakade att de använt två olika sätt, 98 (5,7 %) patienter rapporterade tre olika sätt, och 108 (6,3 %) bejakade fyra sätt. Det var 89 (5,2 %) som rapporterade att de använt fem olika självskademetoder, 74 (6,3 %) sex metoder, 61 (3,6 %) sju metoder, 50 (2,9 %) rapporterade att de använde åtta olika sätt att självskada och slutligen 21 (1,2 %) rapporterade att de självskadat på nio olika sätt.

Att ha upprepat självskadebeteendet många gånger var vanligare bland kvinnor, framför allt kvinnor inom barnpsykiatrin. Se tabell 3 och Figur 5.

Tabell 3. Jämförelse mellan patienter på BUP och inom vuxenpsykiatrin avseende typ av självskada och frekvens.

DSHI-9, fråga 1-9	**BUP (n= 502-508)**			**Vuxenpsyk (n= 1195-1201)**		
Självskade-beteenden	Antal självskadetillfällen			Antal självskadetillfällen		
	0	1-5	>5	0	1-5	>5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Skurit	280 (55,1)	99 (19,5)	129 (25,4)	988 (83,0)	107 (9,0)	95 (8,0)
2. Rispat djupt	277 (54,6)	110 (21,7)	120 (23,7)	944 (78,6)	149 (12,4)	108(9,0)
3. Bränt	411 (81,1)	66 (13,0)	30 (5,9)	1103 (92,0)	68 (5,7)	28 (2,3)
4. Ristat in ord, bilder, symboler…	392 (77,2)	89 (17,5)	27 (5,3)	1132 (94,6)	53 (4,4)	11 (0,9)
5. Rivit djupt	320 (63,6)	113 (22,5)	70 (13,9)	975 (81,5)	142 (11,9)	80 (6,7)
6. Bitit hårt	410 (81,2)	76 (15,0)	19 (3,8)	1096 (91,4)	78 (6,5)	25 (2,1)
7. Stuckit vasst genom huden	376 (74,2)	83 (16,4)	48 (9,5)	1059 (88,5)	98 (8,2)	40 (3,3)
8. Slagit sig själv	304 (60,1)	128 (25,3)	74 (14,6)	889 (74,3)	215 (18,0)	93 (7,8)
9. Förhindrat sår att läka	326 (64,9)	85 (16,9)	91 (18,1)	988 (83,0)	107 (9,0)	95 (8,0)

Figur 5. Jämförelse mellan unga respektive vuxna män och kvinnor av frekvensen självskadebeteenden (n= 1578)



Skiljer sig förekomst eller självskademetoder mellan olika geografiska områden i landet?

Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad i rapporterad förekomst av enskilda självskademetoder vare sig mellan olika sjukvårdsregioner eller mellan olika storlek på städer (n=1701).

Skiljer sig förekomst eller självskademetoder mellan öppenvård och slutenvård?

Bland patienterna (n=1668) hade de som var patienter inom slutenvården mer självskadebeteenden än de inom öppenvården, 55,9 % jämfört med 45,8 % (χ^2 = 6,50, p<0,011). Denna skillnad gällde dock inte alla självskademetoder utan endast att skära sig, (χ^2 = 6,77, p<0,009) att rispa sig (χ^2 = 6,66, p<0,010), att bränna sig (χ^2 = 13,21, p≤ 0,001), att sticka vassa saker genom huden (χ^2 = 5,99, p<0,014) och att slå sig (χ^2 = 13,99, p≤ 0,001). Det var ingen signifikant skillnad mellan öppenvårds- och slutenvårdspatienter vad gäller övriga självskademetoder.

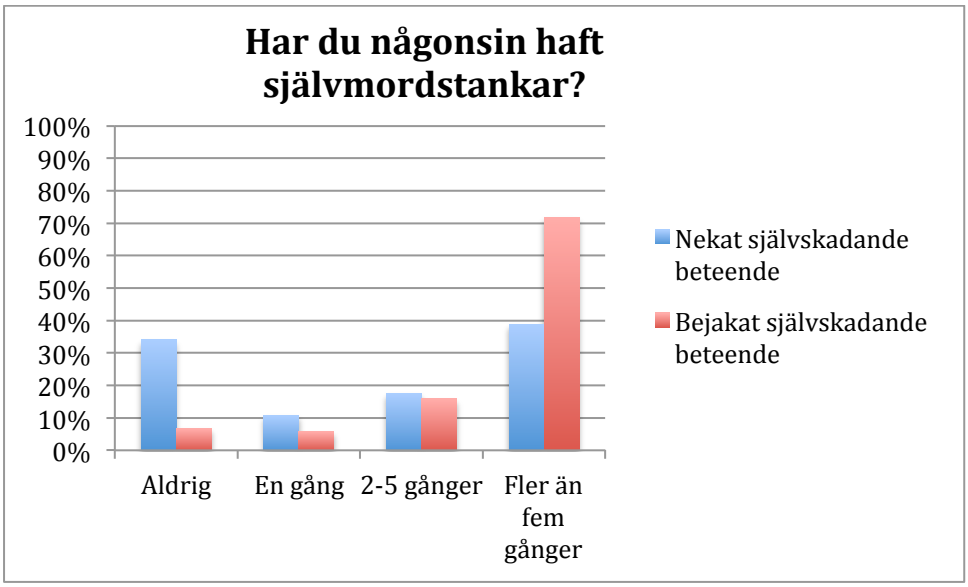
I vilken utsträckning förekommer självskadande beteende med eller utan samtidigt suicidalt beteende?

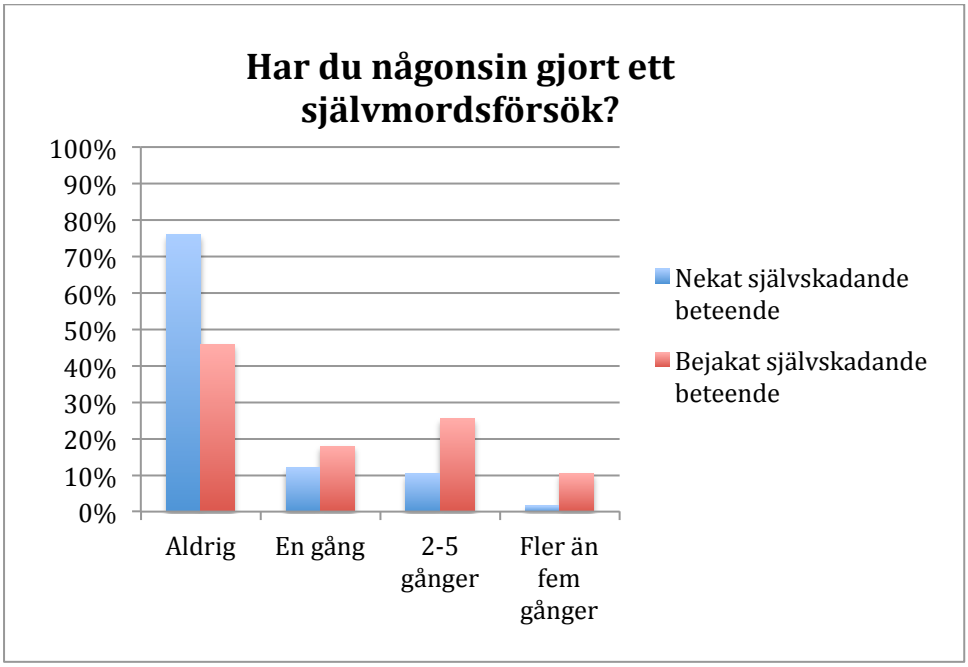
Självmordstankar och självmordsförsök var vanligt i hela materialet (n=1610). Det var 79,4 % som hade haft självmordstankar minst en gång och 42,4 % hade gjort minst ett självmordsförsök.

Bland de med ett självskadande beteende hade fler haft självmordstankar, 91,1 % jämfört med 60,6 % (χ^2=211,97; p≤0,001) och fler hade även gjort självmordsförsök, 52,2 % jämfört med 21,8 % (χ^2=171,19; p≤0,001) (n=1581).

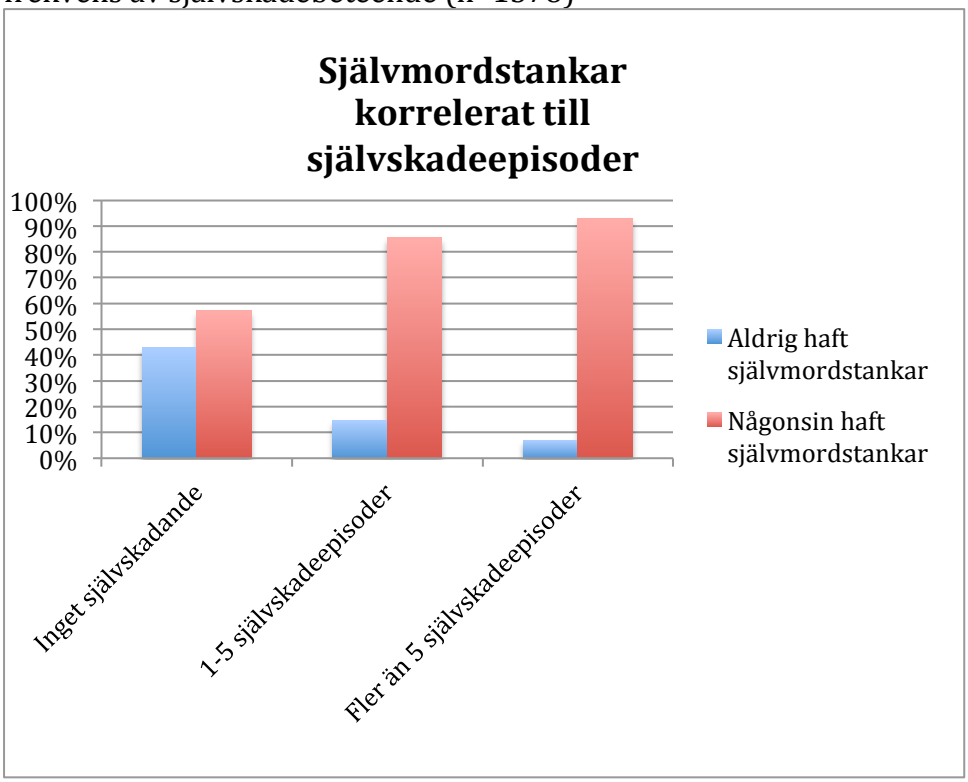
Mest uttalat var detta hos dem med upprepat självskadebeteende. Se figur 7,8, 9 & 10.

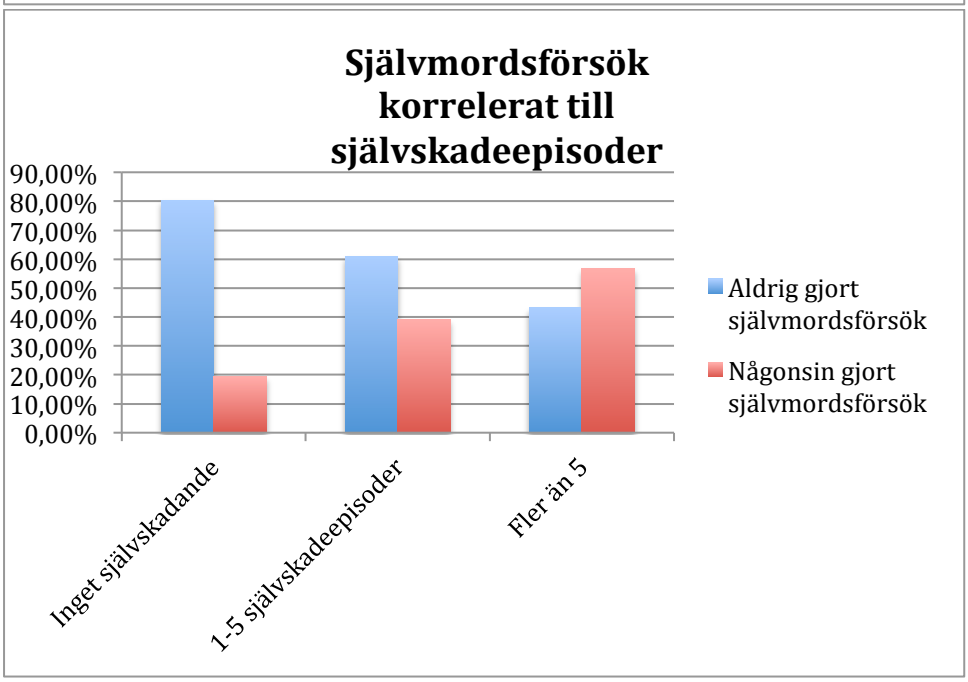
Figur 7 & 8. Självskadande beteende kopplat till frekvens av självmordstankar och självmordsförsök (n=1610)





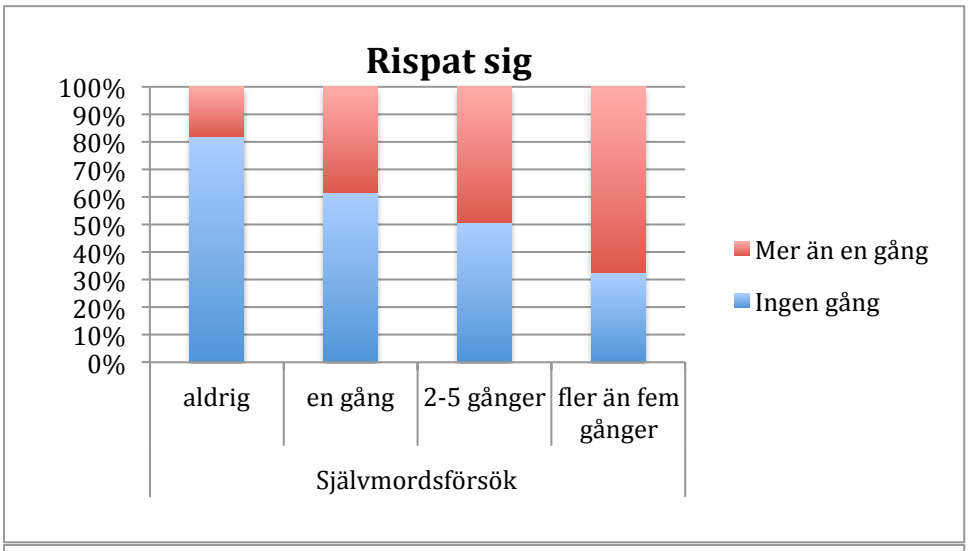
Figur 9 & 10. Förekomst av självmordstankar och självmordsförsök i relation till frekvens av självskadebeteende (n=1578)

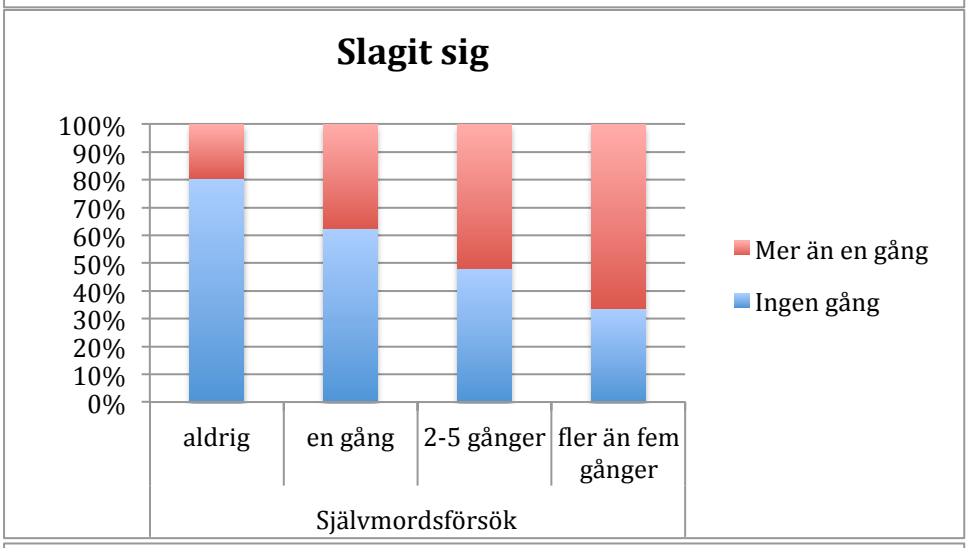


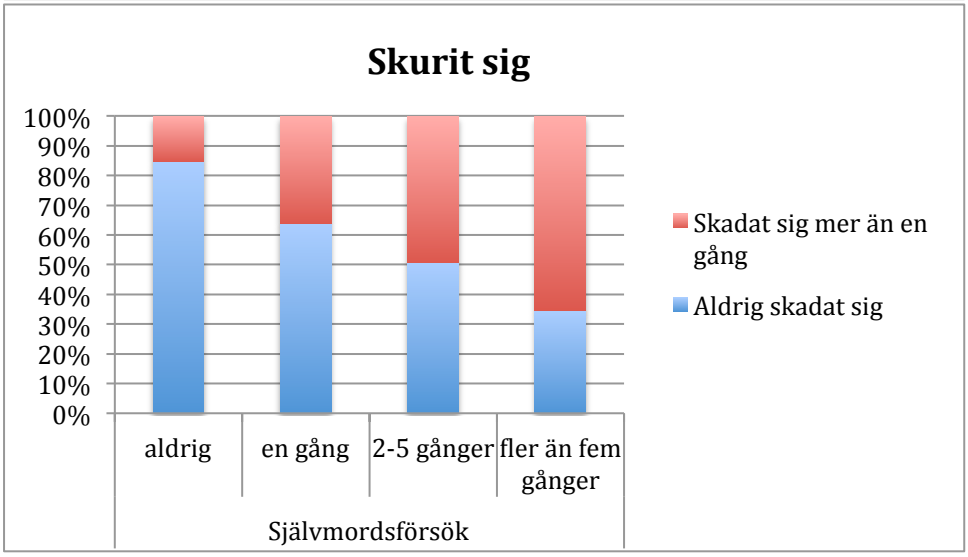


Ju fler självmordsförsök man gjort desto oftare hade man skadat sig mer än en gång. Detta gällde samtliga självskademetoder, i figur 9, 10 och 11 redovisas de tre vanligaste metoderna, samtliga nio metoder följde samma mönster och hade signifikanta skillnader ($p<0,001$).

Figur 9, 10 & 11. Sambandet mellan att ha gjort flera självmordsförsök och att ha skadat sig mer än en gång genom att skära sig, rispa sig eller slå sig (n= 1610)







Identifikation

Bland de patienter som rapporterade självskadande beteende rapporterade 33,9 % att ingen inom psykiatrin kände till detta. Det var vanligare att män inte hade berättat om sitt självskadebeteende. Andelen kvinnor som självskadade och som inte berättat detta för någon inom psykiatrin var 28,9 %, och andelen män var 54,0 %.

Diskussion

Förekomst

Av deltagarna i vårt material hade cirka hälften skadat sig minst en gång det senaste halvåret, vilket stämmer överens med kliniska vuxenstudier (deKlerk et al 2011). Självskadefrekvensen bland barn och ungdomar inom psykiatrisk vård har varierat mellan 22-68 %, där högre siffror återfunnits bland slutenvårdspatienter jämfört med öppenvårdspatienter (Diaz de Neira et al, 2013, Guerry & Prinstein, 2010, Preyde et al 2011). Även i detta material var självskadande beteende vanligare inom slutenvården. Jämförelser mellan studierna kompliceras av att de olika studierna, som diskuterats ovan, använt sig av olika instrument för att mäta självskadebeteende

Tidigare visade skillnader i självskademetoder mellan olika populationer, där kliniska grupper slagit sig, brännt sig och skurit sig mer (Lundh et al 2007, Bjärehed och Lundh 2008, Withlock et al 2010, Klonsky och Muehlenkamp 2007), återfanns i denna undersökning mellan öppenvårds- och slutenvårdspatienter. Öppenvårdspatienternas självskademetoder liknade dock mer de som rapporterats från befolkningsundersökningar.

Självskadande beteende var vanligast på MBT-enheter för vuxna och på DBT-enheter och akutmottagningar för barn. Både MBT och DBT är terapiformer som används vid emotionellt instabil personlighetsstörning, där självskadande beteende är vanligt, vilket kan förklara resultaten.

Upprepat jämför med enstaka självskadande beteende

Att ha upprepat det självskadande beteendet många gånger var vanligare bland kvinnor än män, framför allt kvinnor under 18 år. Detta stämmer överens med tidigare forskning (Withlock et al 2006).

Geografiska skillnader

Det fanns inga geografiska skillnader eller skillnader mellan små och stora städer. Urbanisering brukar sammankopplas med mer psykisk ohälsa (Peen et al 2010). Självskadebeteende fyller ofta en känsloreglerande funktion. Alla deltagare var patienter inom psykiatrin vilket innebar att de ofta måste hantera svåra negativa känslor som ångest. Resultatet att urbanisering inte påverkade förekomsten är förenligt med denna syn på självskadebeteende som metod för

känsloreglering, och att sociala faktorer som skiljer mellan små och stora städer därför haft mindre betydelse.

Självskadande beteende och självmordsbenägenhet

I tidigare studier har ett samband mellan icke suicidalt självskadande beteende och självmordsbenägenhet kunnat konstateras (Nock et al 2006, Andover & Gibb 2010). Även i vår studie visade sig självmordstankar och självmordsförsök vara mycket vanligt bland patienter med självskadande beteende. Att 91,4 % bland de självskadande patienterna hade haft självmordstankar och 52,4 % hade gjort minst ett självmordsförsök gör att självskadande beteende är en indikator på självmordsbenägenhet. Den höga förekomsten kan jämföras med en europeisk befolkningsstudie där 7,8 % hade haft självmordstankar och 1,8 % hade gjort självmordsförsök (Bernal et al 2007).

De höga siffrorna på självmordstankar och självmordsförsök i vårt material belyser vikten av att identifiera självskadande beteende i psykiatrin. Även om den faktiska självskadande handlingen inte är utförd i syfte att ta livet av sig så bör självskadande beteende tas på allvar och betraktas som en riskfaktor för självmordsförsök.

Identifikation

Cirka en tredjedel av de med självskadande beteende uppgav att ingen inom psykiatrin visste om att de skadat sig. Även om de som deltog skiljer sig från de som inte gjorde det genom att ha mer självskadebeteende, så talar resultatet för att vården missar att identifiera många patienter med självskadande beteende. Särskilt uttalat var detta när det gäller män. Det är möjligt att män upplever stigmatiseringen av sitt självskadebeteende större och därför inte berättar om det. Det är också möjligt att män har lägre tillit till vården när det gäller att kunna få hjälp för beteendet. Resultatet talar för att införande av rutiner kring att använda diagnostiska hjälpmedel som DSHI-9 borde öka andelen identifierade patienter.

Bortfall

Prevalensmätningens tillförlitlighet begränsas av svårigheten att värdera bortfallet, där endast nio enheter hade ett deltagande över 60 %. Eftersom dessa enheter rapporterade mer självskadebeteende kan det bero på hade deras enheter hade fler kvinnor och yngre medelålder. Men det skulle även kunna tala för att patienter med självskadebeteende var de patienter vi tappade bort på de andra enheterna. I sådana fall skulle förekomsten av självskadande beteende varit högre om fler enheter haft högt deltagande.

Klinisk forskning

Den stora variationen i deltagarandel och tveksamma rimligheten i bortfallsanalysen lyfter frågan om förmågan att genomföra klinisk forskning inom vanlig klinisk sjukvårdsverksamhet. Vi skickade ut det antal enkäter som enheterna begärde, men det innebar i alla fall utom till Stockholms öppenvård att antalet var max 200 enkäter. Det betyder att de stora patientantal som rapporterades som bortfall troligen aldrig fått enkäten. Vi noterade stora

skillnader mellan enheter i hur de hanterade materialet. Vissa enheter verkade mycket vana vid att hantera forskningsdata, för att lyfta ett sådant exempel, ätstörningsenheten i Linköping. Ansvariga på denna enhet insåg att de hade blandade åldrar på sin enhet och bad om att få kodnyckeln för att koda om enkäterna så att de blev rätt. På andra enheter var det uppenbart att erfarenheten saknades och vissa reaktioner talade även för att undersökningen upplevdes som en belastning i en hårt pressad vardag. Erfarenheten från denna undersökning blir att man bör ha resurser för att ha forskningsvana monitorerare på plats när undersökningar genomförs.

Betydelse

Bortfallet till trots talar resultatet för att patienter inom psykiatrin har hög förekomst av självskadebeteende, att dessa patienter ofta har självmordstankar och har gjort självmordsförsök och att även om deltagarna är selekterade så har en stor del av dessa inte berättat för personal inom psykiatrin om sitt självskadebeteende. Detta gällde i synnerhet män. Resultaten bör få betydelse för hur man ska värdera självskadande beteende hos patienter inom psykiatrin och för hur man ska värdera självmordsrisken hos patienter med självskadebeteende.

Referenser

Acikel C., Ergun O., Ulkur E., Servet E., Celikoz B. (2005) Camouflage of Self-Inflicted Razor Blade Incision Scars with Carbon Dioxide Laser Resurfacing and Thin Skin Grafting, *American Society of Plastic Surgeons*, 116(3), 798-804

Andover M.S., Gibb B.E. (2010) Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients *Psychiatry Research* 178(2010), 101–105
Bjärehed J., Lundh L.G. (2008) Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 26-37

Bernal M., Haro J.M., Bernert S., Brugha T., de Graaf R., Bruffaerts R., Lépine J.P., de Girolamo G., Vilagut G., Gasquet I., Torres J.V., Kovess V., Heider D., Neeleman J., Kessler R., Alonso J.,ESEMED/MHEDEA Investigators. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders.* 101(1-3), 27-34

Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. (2006) Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research andt Therapy*, 44(2006), 371-394

Cheung Y.T., Wong P.W., Lee A.M., Lam T.H., Fan Y.S., Yip P.S. (2012) Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 48(7),1133-1144

de Klerk S., van Noorden M.S., van Giezen A.E., Spinhoven P., den Hollander-Gijsman M.E., Giltay E.J., Speckens A.E., Zitman F.G. (2011) Prevalens and correlates of lifetime deliberate self-harm and suicidal ideation in naturalistic outpatients: the Leiden Routine Outcome Monitoring study, *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 257-264

Díaz de Neira M., García-Nieto R., de León-Martinez V., Pérez Fominaya M., Baca-García E., Carballo J.J. (2013) Prevalence and functions of self-injurious thoughts and behaviors in a sample of Spanish adolescents assessed in mental health outpatient departments. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental.* 1(13), 1888-1989

Favazza A.R. (1998) The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 186(5), 259-268

Gratz K.L. (2001) Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263

Guerry J.D., Prinstein M.J. (2010) Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,* 39(1), 77-89

Guertin T., Lloyd-Richardson E., Spirito A., Donaldson D., Boergers J. (2001) Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062-1069

Hawton K., Harriss L. (2008) Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(4), 441– 448

Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R. (2002) Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325(7374), 1207-1211

Jacobson C.M., Gould M. (2007) The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self- injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature, *Archives of Suicide Research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(2), 129-147

Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. (2007) Self-injury: a research review for the practitioner, *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056

Loveridge S.M. (2013) Use of a safe kit to decrease self-injury among adolescent inpatients: a pilot study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services,* 51(9),32-36

Lundh L.G., Karim J., Quilisch E. (2007) Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory, *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 33-41

Muehlenkamp J.J., Gutierrez P.M. (2007) Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury, *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-82

Nixon M.K., Cloutier P., Jansson S.M.. (2008) Nonsuicidal self-harm in youth: a population- based survey, *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306-312

Nock M.K., Joiner T.E. Jr, Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J. (2006) Non- suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts, *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72

Peen J., Schoevers R.A., Beekman A.T., Dekker J. (2010) The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 121(2), 84-93

Plener P.L., Fischer C.J., In-Albon T., Rollett B., Nixon M.K., Groschwitz R.C., Schmid M. (2013) Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1439-1445

Preyde M., Watkins H., Csuzdi N., Carter J., Lazure K., White S., Penney R., Ashbourne G., Cameron G., Frensch K. (2012) Non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in children and adolescents accessing residential or intensive home-based mental health services. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 21(4), 270-281

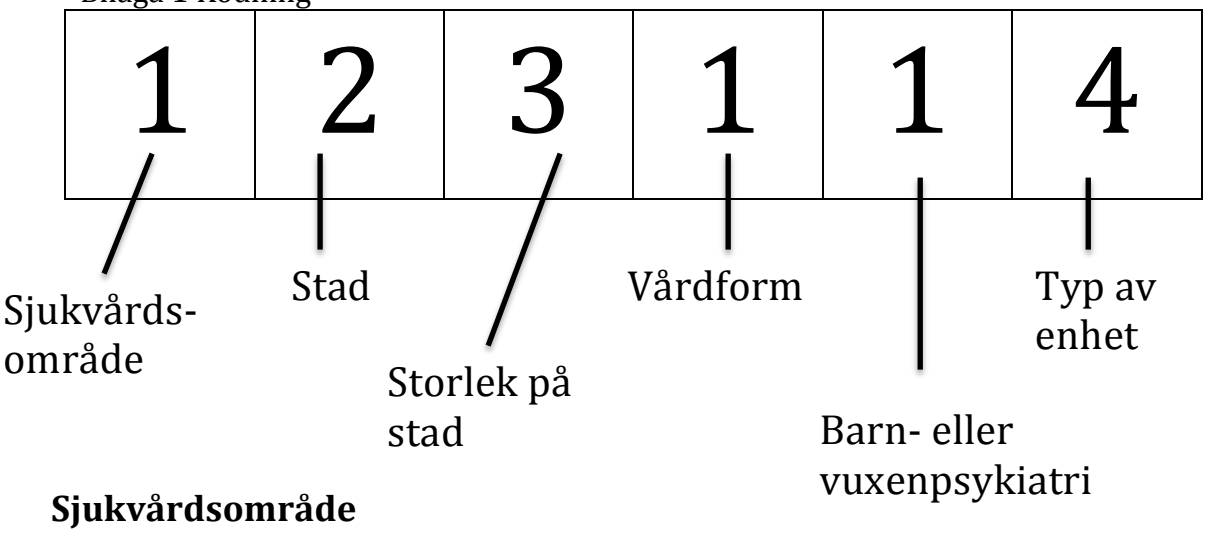
Socialstyrelsen (2004) Vad vet vi om flickor som skär sig? hämtad 2011-06-18 från www.socialstyrelsen.se

Stanley B., Gameroff M.J., Michalsen V., Mann J.J. (2001) Are suicide attempters who self- mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432

Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. (2006) Self-injurious behaviors in a college population, *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948

Zetterqvist M., Lundh L.G., Svedin C.G. (2013) A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth and Adolescence.* 42(8), 1257-1272

Bilaga 1 Kodning



Sjukvårdsområde

Norra	1
Uppsala/Örebro	2
Stockholm/Gotland	3
Sydöstra	4
Västra	5
Södra	6

Stad

Gällivare	1
Östersund	2
Umeå	3
Uppsala	1
	2
	3
Stockholm	1
Södertälje	2
	3
Linköping	1
Kalmar	2
Jönköping	3
Borås	1
Göteborg	2
Varberg	3
Malmö	1
Karlskrona	2
Halmstad	3

Storlek på stad

Stor (>100 000)	1
Mellan (40 000 – 100 000)	2
Liten (<40 000)	3

Vårdform

Slutenvård	1
Öppenvård	2

Barn/vuxen

Barnpsykiatri	1
Vuxenpsykiatri	2

Typ av enhet

Allmänpsykiatrisk enhet	1
Allmänpsykiatrisk enhet	
Affektiv enhet	
Ångestenhet	
Traumaenhet	
Unga vuxna-enhet	
Psykoterapienhet	
Psykosenhet	2
Ätstörningsenhet	3
Beroendeenhet	4
Akutmottagning	5

Bilaga 2

DSHI-9+

A. Frågorna på den här sidan handlar om olika saker som människor ibland gör för att skada sig själva. Obs! att frågorna handlar om ifall man *avsiktligt* (med vilja) skadat sig själv, och *inte* om något hänt av en olycka (t ex om man snubblat och råkade slå i huvudet).

Svara genom att kryssa i den ruta som stämmer bäst för Dig!

Har du *under det senaste halvåret* någon gång gjort något av det nedanstående, och i så fall hur ofta?	**Antal gånger**						
	0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Fler än 5**
1. avsiktligt skurit dig i handlederna, armarna eller i någon annan del av din kropp?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. avsiktligt rispat dig, t ex med något vasst föremål, i armarna eller på något annat ställe så att det börjat blöda?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. avsiktligt bränt dig själv med en cigarett, tändare eller tändstickor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. avsiktligt ristat in ord, bilder, symboler eller liknande i din hud?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. avsiktligt rivit dig själv så allvarligt att det blivit ett sår, eller så att det börjat blöda?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. avsiktligt bitit dig själv så hårt att det gått hål på huden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. avsiktligt stuckit vassa föremål (som nålar eller liknande), i din hud? (Räkna *inte* in tatueringar, örhängen, nålar avsedda för medicinskt bruk, eller piercing här!)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. avsiktligt slagit dig själv, eller bankat ditt huvud mot någonting, så hårt att det blivit ett blåmärke?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. avsiktligt förhindrat sår från att läka?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. avsiktligt skadat dig själv på något av ovanstående sätt så att det lett till sjukhusvistelse eller till att du behövt medicinsk behandling? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. Har du skadat dig eller varit självdestruktiv på något annat sätt än ovanstående?

☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, ange i så fall hur:

12. OM du skadat dig själv på något av dessa sätt, när gjorde du det senast?

Under den senaste veckan ☐
Inte under den senaste veckan, men under den senaste månaden ☐
Inte under den senaste månaden, men under det senaste halvåret ☐

13. Har du skadat dig själv utan att samtidigt velat ta livet av dig? (kryssa det som stämmer)

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vissa gånger Ja, andra gånger Nej

14. Har du någonsin haft självmordstankar? (kryssa det som stämmer)

☐ aldrig ☐ 1 gång ☐ 2-5 gånger ☐ fler än 5 gånger

15. Har du någon gång gjort ett självmordsförsök? (kryssa det alternativ som stämmer)

☐ aldrig ☐ 1 gång ☐ 2-5 gånger ☐ fler än 5 gånger

Om fler än fem gånger, hur många gånger (ungefär):_____

16. OM du har gjort ett självmordsförsök, ange på vilket sätt:

17. Vet någon inom psykiatrin om, t.ex. din behandlare eller läkare, att du skadat dig sista halvåret?

☐ Ja ☐ Nej

Andra kommentarer: