



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

## **”Det minst dåliga”**

En kvalitativ studie av personals erfarenheter och upplevelser  
av positivt risktagande i form av ”nolltolerans” gentemot  
självskadebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård

**Evelina Ingelsson Lindell**

Psykologexamensuppsats. 2019

Handledare: Jonas Bjärehed  
Examinator: Per Johnsson

## **Abstract**

The purpose of this study was to explore how “zero tolerance” towards self-injurious behaviour is practised in psychiatric inpatient care and how staff experience working with the method. Twelve employees at a psychiatric clinic were interviewed and a thematic analysis was conducted. This resulted in a description of the method and five themes based on the subjective experiences of the respondents: *“Zero tolerance” as an alternative to observation and coercion*, *“Zero tolerance” as a way of promoting responsibility and collaboration*, *“Zero tolerance” and the sense of safety on the ward*, *Ambiguity in the “zero tolerance” agreement* and *The ethical complexity of “zero tolerance”*. “Zero tolerance” for self-injurious behaviour was prescribed by doctors for patients whose self-injurious behaviour was enduring and difficult to treat. The patients agreed to ask staff for help before self-injuring, or otherwise be discharged. Several respondents experienced the method as being beneficial for many patients and making their work more rewarding compared to traditional risk-management strategies. Other respondents were more critical. Ambiguities, practical limitations and ethical dilemmas emerged when “zero tolerance” was practised. Cases were also described where no interventions worked particularly well, but “zero tolerance” was experienced as being the least destructive for the patient.

**Keywords:** zero tolerance, positive risk-taking, self-injurious behaviour, psychiatric inpatient care, self-efficacy, locus of control, autonomy

## Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka hur ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende tillämpas inom den psykiatriska heldygnsvården och hur personalen upplever arbetet med metoden. Tolv anställda på en psykiatrisk klinik i Region Skåne intervjuades varpå en tematisk analys genomfördes. Detta resulterade i en beskrivning av arbetssättet samt fem teman baserade i respondenternas subjektiva upplevelser av arbetet med metoden: *”Nolltolerans” som alternativ till tillsyn och tvång, ”Nolltolerans” som ett sätt att främja ansvarstagande och samarbete, ”Nolltolerans” och upplevelsen av trygghet på avdelningen, Otydlighet i överenskommelsen om ”nolltolerans” samt ”Nolltoleransens” etiska komplexitet.* Metoden tillämpades med patienter med långvarigt och svårbehandlat självskadebeteende utifrån ordination av läkare, och innebar att patienterna blev utskrivna om de självskadade under vårdtiden utan att först ha bätt personalen om hjälp. Flera av respondenterna upplevde att många patienter blev hjälpta av att ha ”nolltolerans” och att deras arbete blev mer givande eftersom de fick samarbeta med patienterna istället för att använda sig av traditionella riskhanteringsåtgärder. Samtidigt uppkom otydligheter angående reglerna för ”nolltoleransen”, praktiska begränsningar och etiska dilemman i utövandet av metoden, och en del respondenter gav uttryck för en mer kritisk hållning. Det beskrevs även patientfall där inga åtgärder upplevdes fungera väl men ”nolltolerans” upplevdes som minst destruktivt för patienterna.

**Nyckelord:** nolltolerans, positivt risktagande, självskadebeteende, psykiatrisk heldygnsvård, upplevd självförmåga, kontroll-lokus, autonomi

### **Författarens tack**

Tack till samtliga respondenter som delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser och till Sofie Westling för möjliggörandet av den här studien. Ett stort tack till min handledare Jonas Bjärehed för hans exceptionella engagemang och outhärliga vägledning. Tack till min familj för all uppmuntran. Slutligen vill jag även tacka min fästman Dane för outhärligt stöd under uppsatsprocessen och välbehövlig distraktion emellanåt.

## Innehållsförteckning

Introduktion .....	1
Inledning .....	1
Självska debeteende .....	1
Självska debeteende i den svenska vården .....	1
Självska debeteende i den svenska psykiatriska heldygnsvården.....	1
Positivt risktagande.....	4
”Nolltolerans” gentemot självska debeteende i den svenska psykiatriska heldygnsvården .....	5
Self-efficacy.....	5
Locus of control.....	6
Autonomi .....	6
Tidigare forskning.....	7
Självska debeteende i den psykiatriska heldygnsvården .....	7
Patienters upplevelser av att vårdas för självska debeteende inom den svenska psykiatriska heldygnsvården.....	9
Personals upplevelser av att vårda patienter med självska debeteende inom den skandinaviska psykiatriska heldygnsvården .....	12
Positivt risktagande.....	12
Syfte .....	14
Frågeställningar .....	15
Metod.....	15
Design .....	15
Kvalitativ ansats.....	15
Vetenskapsteoretisk utgångspunkt .....	15
Semistrukturerade intervjuer .....	15
Tematisk analys .....	16
Deltagare .....	16
Urvalsprocedur.....	16

Intervjuprocedur.....	17
Analys .....	17
Författarens förståelse och hantering av olika roller .....	18
Etiska överväganden .....	19
Resultat .....	19
”Nolltolerans” gentemot självskadebeteende .....	20
Lämplighetsfaktorer.....	20
Rational.....	21
Undantag.....	21
Personalens erfarenheter och upplevelser .....	22
”Nolltolerans” som alternativ till tillsyn och tvång .....	22
”Nolltolerans” som ett sätt att främja ansvarstagande och samarbete .....	23
”Nolltolerans” och upplevelsen av trygghet på avdelningen.....	24
Otydlighet i överenskommelsen om ”nolltolerans” .....	26
”Nolltoleransens” etiska komplexitet. ....	28
Diskussion .....	30
”Nolltolerans” som alternativ till tillsyn och tvång .....	31
”Nolltolerans” som ett sätt att främja ansvarstagande och samarbete .....	33
”Nolltolerans” och upplevelsen av trygghet på avdelningen .....	35
Otydlighet i överenskommelsen om ”nolltolerans” .....	36
”Nolltoleransens” etiska komplexitet .....	38
Slutsats .....	41
Metoddiskussion .....	42
Etikdiskussion .....	43
Framtida forskning.....	43
Referenser .....	45
Bilaga 1 .....	54
Bilaga 2.....	57
Bilaga 3.....	61

## Introduktion

### Inledning

**Självskadebeteende.** Inom psykiatrisk vård har självskadebeteenden traditionellt varit starkt förknippat med diagnosen borderline personlighetssyndrom och ingår sedan 1980-talet i kriterierna för diagnosen (Gilman, 2013). Det har dock visat sig att självskadebeteenden även förekommer i samband med andra diagnoser samt hos individer som inte uppfyller kriterierna för någon psykiatrisk diagnos (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2015a). Den vanligaste anledningen till att människor skadar sig själva förefaller vara för att reglera starka negativa känslor som upplevs som svåra eller omöjliga att stå ut med eller lindra på annat sätt (SBU, 2015a). Självskadehandlingar kan även fylla andra funktioner, som till exempel att straffa sig själv eller bryta dissociativa tillstånd (SBU, 2015a). Upprepat självskadebeteende är förknippat med kortsiktigt och långsiktigt förhöjd suicidrisk (Zahl & Hawton, 2004). På grund av skillnader mellan hur olika forskare definierar och mäter självskadebeteende finns det stor variation i uppskattningar av beteendets prevalens, men enligt en internationell metaanalys förefaller livstidsprevalensen vara uppskattningsvis 5,5% hos vuxna och 13,4% hos unga vuxna (Swannel, Martin, Page, Hasking & St John, 2014).

**Självskadebeteende i den svenska vården.** Enligt rapporten *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa* (Socialstyrelsen, 2012) har antalet personer som vårdas för självskadehandlingar ökat sedan fenomenet började kartläggas i slutet av åttiotalet. Den kraftigaste ökningen har skett bland personer i åldrarna 15-24 år, och ökningen i denna åldersgrupp har varit särskilt uttalad vad gäller kvinnor. Behandling av självskadebeteende kan ges på vårdcentral eller inom specialistpsykiatri beroende på problematikens omfattning och varaktighet (1177 Vårdguiden, u.å.).

En kartläggning av självskadebeteende inom den svenska psykiatri, som inkluderade både öppen- och heldygnsvårdenheter, visade att 47,2% av patienterna skadat sig själva vid minst ett tillfälle under det senaste halvåret (Odelius & Ramklint, 2014). Av dessa patienter uppgav 91,1% att de haft suicidtankar och 52,2% att de någon gång försökt suicidera. Det fanns ett samband mellan upprepat självskadebeteende och frekvensen av suicidtankar och suicidförsök (Odelius & Ramklint, 2014).

**Självskadebeteende i den svenska psykiatriska heldygnsvården.** Den rådande uppfattningen är att självskadebeteende så långt det är möjligt bör behandlas inom öppenvården (SBU, 2015b). Svårare fall av självskadebeteende, i synnerhet i kombination

med komplex psykiatrisk komorbiditet, kan dock medföra ett återkommande behov av psykiatrisk heldygnsvård, ibland under längre perioder (Bjärehed & Åkesson, 2015). Antalet individer som blivit inlagda på sjukhus till följd av en självska-dehandling har gradvis minskat under det senaste årtiondet och uppgick till 6800 under år 2017 (Socialstyrelsen, 2018). Sjukhusvistelse till följd av självska-debeteende är vanligast bland kvinnor i åldrarna 15-24 år (Socialstyrelsen, 2018). Kartläggningen av Odelius och Ramklint (2014) visade att självska-debeteende var mer vanligt förekommande inom heldygnsvården (55,9% av patienterna) än i öppenvården (45,8% av patienterna).

Enligt Nationella självska-deprojektets rekommendationer (2016) bör man i möjlig mån eftersträva att personer med självska-debeteende vårdas frivilligt i syfte att bevara deras autonomi, men vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT; SFS, 1991:1128) kan bli nödvändigt om en person med självska-debeteende och akut förhöjd suicidrisk motsätter sig vård. Principiellt gäller att vårdpersonal endast får använda tvångsåtgärder när en person vårdas enligt LPT, men i praktiken kan vissa tvångsåtgärder även förekomma vid frivillig vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL; SFS, 2017:30) eftersom det enligt 24 kap. 4 § i brottsbalken (SFS, 1962:700) är tillåtet att i en nödsituation begå handlingar som annars skulle anses brottsliga förutsatt att det inte finns något annat sätt att förhindra fara för liv eller hälsa; till exempel att använda fysiska tvångsåtgärder gentemot en frivilligt inlagd person som försöker suicidera eller allvarligt skada sig själv eller någon annan (Socialstyrelsen, 2013). Patienter som vårdas enligt HSL respektive LPT vårdas vanligen på samma heldygnsvårdsavdelningar, vilket ofta innebär att dörrarna till avdelningen ständigt är låsta för att förhindra att de patienter som tvångsvårdas avviker (Bjärehed & Åkesson, 2015). Som en konsekvens av detta blir även de patienter som vårdas frivilligt ofta beroende av personalen för att kunna gå ut (Bjärehed & Åkesson, 2015).

Den svenska psykiatriska heldygnsvården har under de senaste åren fått mycket kritik i media. I en artikel i Sydsvenskan beskrivs att personal på grund av administration, överbeläggningar och underbemanning inte har tid att samtala med patienterna och att patienter upplever att de blir negligerade när de är i behov av hjälp (Nord & Ziegerer, 2018a). Den psykiatriska heldygnsvården präglas också av hög personalomsättning och brist på specialistutbildade psykiatrisjuksköterskor (Olsson, 2015). Det har även rapporterats flera fall av självska-dor och suicidförsök i den skånska psykiatriska heldygnsvården, något som personal och patienter beskriver som en konsekvens av bristande rutiner samt att patienter



som vårdas enligt LPT, och därmed får visiteras i syfte att upptäcka farliga föremål, vårdas på samma avdelningar som patienter som vårdas enligt HSL och således inte får visiteras, enligt en annan artikel i Sydsvenskan (Nord & Ziegerer, 2018b). Den psykiatriska heldygnsvården av patienter med självskadebeteende har även kritiserats i media för kränkande bemötande av patienterna samt överdriven och olaglig användning av tvångsåtgärder (Bolin, 2017; Karlsson, 2011; Nord & Ziegerer, 2018a; Román, 2016).

En relativt ny vårdform som kan sägas utgöra ett försök att förbättra den svenska psykiatriska heldygnsvården för patienter med självskadebeteende är brukarstyrda inläggningar (BI), en krishanteringsintervention som innebär att patienter självmant kan välja att lägga in sig på en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning i upp till tre dagar åt gången vid tre tillfällen per månad utan att behöva genomgå en läkarbedömning eller bli visiterade (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017; Liljedahl, Helleman, Daukantaité, Westrin & Westling, 2017). Genom BI hoppas man kunna undvika långa vårdperioder för patienter som har en komplex psykiatrisk problematik samt ett aktivt självskadebeteende och/eller återkommande suicidbenägenhet, och öka deras autonomi och välbefinnande (Liljedahl, Helleman, Daukantaité, Westrin & Westling, 2017).

Patienten arbetar tillsammans med sin öppenvårdskontakt och personal från heldygnsvården fram ett delvis individanpassat kontrakt som innehåller ramarna för BI samt patientens övergripande mål för inläggningarna, strategier för att nå målen och önskemål om hur de vill bli hjälpta av personalen på avdelningen (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017). Genom att skriva under kontraktet åtar sig patienten att inte skada sig själv eller andra, att följa avdelningsreglerna, att själv sköta sin medicinering samt att be personalen om hjälp och ta emot den hjälp som erbjuds (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017). Personalen på avdelningen åtar sig att samtala med patienten i 15 till 20 minuter vid max två tillfällen per dag och patienten ges möjlighet att delta i aktiviteter på avdelningen (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017).

Vid kontraktsbrott avbryts inläggningen, varpå personalen tillsammans med patienten diskuterar vad som skett och vad de kan lära sig av det inför framtida inläggningar samt betonar att de ser fram emot att träffa patienten igen (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017). Om patienten blir utskriven på grund av självskadehandlingar motiveras detta med att "BI måste vara ett tryggt sammanhang" (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017, s. 68). Beroende på patientens tillstånd vid utskrivningen påminns den

antingen om möjligheten att ta en ny BI alternativt söka akut vid behov eller så följer personal med patienten till akutmottagningen (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017; Liljedahl, Helleman, Daukantaité, Westrin & Westling, 2017). BI kan således anses utgöra ett exempel på positivt risktagande då interventionen innebär att personalen lämnar över mycket ansvar till patienten och avstår från att vidta kontrollerande säkerhetsåtgärder.

**Positivt risktagande.** Positivt risktagande beskriver i en vårdkontext ett förhållningssätt som betonar vikten av att finna en balans mellan att å ena sidan skydda patienter genom att inte utsätta dem för onödiga risker och å andra sidan inte begränsa patienters autonomi och möjligheter till personlig utveckling genom att till varje pris försöka undvika allt som skulle kunna tänkas utgöra en risk (Morgan, 2004). Detta innebär ofta att vårdpersonalen måste väga möjliga konsekvenser av olika tillvägagångssätt på kort och lång sikt mot varandra, och att tillfälligt förhöjd risk ibland kan vara nödvändigt för att vården i slutändan ska kunna få positiva resultat (Morgan, 2004). För att kunna arbeta på detta sätt krävs generellt att vårdpersonalen har god kännedom om patientens historik samt deras aktuella tillstånd och förmågor, så att de kan lägga upp en lämplig strategi för att hantera nödvändiga risker på ett så säkert sätt som möjligt (Morgan, 2004). I praktiken kan positivt risktagande exempelvis ta sig uttryck genom att vårdpersonal avbryter en behandling som en patient känner sig beroende av men faktiskt inte blir hjälpt av (Morgan, 2004), eller i ett heldygnsvårdssammanhang att man väljer att inte ordinera kontinuerlig tillsyn trots att en patient uttrycker suicidalitet eller avstår från att lägga in en patient som skadat sig själv eftersom det bedöms vara troligt att patienten då kommer att försämrans.

Idén om positivt risktagande passar väl in i vad Morrissey, Doyle och Higgins (2018) beskriver som ett relations- och återhämtningsorienterat förhållningssätt. Författarna problematiserar det riskaversiva förhållningssätt som historiskt sett präglat den psykiatriska vården av patienter med självskadebeteende, och menar på att strategier som endast syftar till att hindra patienter från att utföra självskadehandlingar inte hjälper patienten på lång sikt och dessutom försvårar skapandet och upprätthållandet av en god relation mellan patient och vårdpersonal (Morrissey et al., 2018). Istället för att överta ansvaret för patienterna och försöka kontrollera och begränsa dem anser Morrissey et al. (2018) att vårdpersonalen bör fokusera på att bygga en god terapeutisk samarbetsrelation samt förse patienterna med möjligheter att utvecklas i en mer autonom riktning och själva ta kontrollen över sitt liv och sina handlingar.

**”Nolltolerans” gentemot självskadebeteende i den svenska psykiatriska heldygnsvården.** ”Nolltolerans” gentemot självskadebeteende är en vardaglig benämning på en metod som används av läkare på ett flertal svenska psykiatriska kliniker. Tillämpningen varierar troligtvis mellan olika kliniker, och kanske även mellan olika avdelningar på klinikerna ifråga, då det inte existerar några formella beskrivningar av eller riktlinjer för tillvägagångssättet eftersom det hittills endast beskrivits av patienter (Eriksson & Åkerman, 2012). Vad som avses är dock vanligen en regel eller överenskommelse som innefattar att patienten ska avstå från att skada sig själv som förutsättning för att denne ska ges heldygnsvård och att självskadehandlingar under vårdtiden kommer att resultera i utskrivning. Metoden uppvisar således en viss likhet med BI (Liljedahl, Helleman, Daukantaité, Westrin & Westling, 2017) i det avseendet. ”Nolltolerans” gentemot självskadebeteende förefaller ofta tillämpas när tidigare heldygnsvårdstillfällen upplevts ha negativa konsekvenser för patientens tillstånd, till exempel i form av eskalerande självskadebeteende under inläggningstiden, varpå tillvägagångssättet kan ses som en form av positivt risktagande.

**Self-efficacy.** Begreppet self-efficacy, på svenska vanligen ”upplevd självförmåga” (Psykologiguide, u.å.a.), åsyftar en individs antaganden om sin förmåga att hantera en specifik situation på ett effektivt sätt och därmed uppnå ett önskvärt resultat (Bandura, 1977). Människors upplevda självförmåga varierar mellan olika situationer beroende på bland annat tidigare erfarenheter, och deras nivå av upplevd självförmåga i en viss situation inverkar på huruvida de överhuvudtaget anstränger sig för att försöka påverka situationen ifråga, hur pass mycket de anstränger sig samt hur de reagerar på motgångar (Bandura, 1977).

Tidigare forskning har påvisat samband mellan upplevd självförmåga och självskadebeteende. I en studie av Nock och Mendes (2008) skattade ungdomar med självskadebeteende sin upplevda självförmåga gällande problemlösning i vardagliga situationer som signifikant lägre än ungdomar utan självskadebeteende, och de valde även mindre adaptiva slutliga lösningar trots att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan de två grupperna gällande antalet potentiella lösningar de kunde generera när olika problemställningar presenterades för dem eller den genomsnittliga kvaliteten på lösningarna. Heath, Joly och Carsley (2016) fann att coping self-efficacy (Chesney, Neilands, Chamber, Taylor & Folkman, 2006) medierade sambandet mellan mindfulnessfärdigheter och självskadebeteende hos universitetsstudenter.

**Locus of control.** Locus of control, på svenska “kontroll-lokus” (Psykologiguiden, u.å.b.) kan definieras som en individs uppfattning om huruvida de har möjlighet att genom sitt beteende påverka sin tillvaro (Rotter, 1966). Människor med ett inre kontroll-lokus upplever att utfallet av olika händelser beror på deras handlingar medan människor med ett yttre kontroll-lokus snarare upplever att utfallet beror på slumpen eller andra faktorer utom deras kontroll (Rotter, 1966). En individs kontroll-lokus påverkar hur en situations utfall formar deras förväntningar på framtida utfall i liknande situationer; individer med ett inre kontroll-lokus tenderar till exempel att förvänta sig fortsatta framgångar efter att ha lyckats med något medan individer med ett yttre kontroll-lokus tenderar att inte förvänta sig att de kommer att fortsätta lyckas i framtiden (Rotter, 1966).

Troligen kan kontroll-lokus påverkas av sociala erfarenheter och således förändras över tid, och det tycks finnas ett samband mellan yttre kontroll-lokus och pågående självskadebeteende (Wester, Ivers, Villalba, Trepal & Henson, 2016). Således kan begreppet tänkas vara relevant i studier rörande självskadebeteende inom den psykiatriska heldygnsvården, i synnerhet eftersom vårdformen oundvikligen medför erfarenheter av kontrollförlust inom ett flertal aspekter av patienternas tillvaro.

**Autonomi.** Begreppet autonomi kan ha en mängd olika innebörder beroende på vilket sammanhang det förekommer i men åsyftar vanligen självständighet eller självbestämmande (Agich, 2009; Psykologiguiden, u.å.c.). Det västerländska samhället värderar generellt autonomi väldigt högt vilket har påverkat den psykiatriska vården på diverse sätt, exempelvis genom den successiva avvecklingen av institutioner för människor med psykisk ohälsa till förmån för öppenvård (Agich, 2009). Mötet mellan autonomiidealet och psykiatrin är dock inte okomplicerat; det är till exempel svårt för vårdpersonal att avgöra i vilken grad olika former av psykisk ohälsa kan anses inverka på en individs förmåga till självständighet och självbestämmande (Agich, 2009) och därmed hur de ska förhålla sig till patienters autonomi.

Efter en konceptuell analys, som inkluderade 41 artiklar om patientautonomi i somatiska och psykiatriska omvårdnadskontexter, beskrev Lindberg, Fagerström, Sivberg och Willman (2014) patientautonomi som en föränderlig rekonstrueringsprocess. Faktorer som bidrog till denna rekonstruering av patienternas autonomi var att bli sedd som en person, att ha förmåga att handla samt att åta sig ansvaret för sina handlingar och deras konsekvenser (Lindberg et al., 2014). Detta kan tänkas vara mindre komplicerat att uppnå inom somatiken än inom psykiatrin. Fenomen som självskadebeteende och suicidalitet väcker särskilt svåra

frågor om var den psykiatriska vården bör dra gränsen mellan att respektera någons autonomi kontra att genom tvångsåtgärder skydda någon från sig själv.

### **Tidigare forskning**

**Självskaдебeteende i den psykiatriska heldygnsvården.** En litteraturöversikt av James, Stewart och Bowers (2012) som undersökte förekomsten av och omständigheterna kring självskaдебeteende inom psykiatrisk heldygnsvård fann att majoriteten av de skador som ineliggande patienter åsamkade sig själva kunde anses vara så pass ofarliga att det var osannolikt att de skulle leda till patientens död, men att 12-20% av fallen utgjordes av allvarliga skador så som till exempel djupa skärsår eller invärtes skador. Självskaдеhandlingar skedde oftast på kvällstid i avskilda miljöer som till exempel toaletter och patientrum (James et al., 2012). Ett flertal studier har undersökt vilka specifika aspekter av psykiatrisk heldygnsvård som kan tänkas påverka patienters självskaдебeteende.

En studie av Drew (2001) fann ett samband mellan begränsningar av patientens rörelsefrihet och risken för självskada, där inskränkt rörelsefrihet innebar en större risk att patienten skulle skada sig själv. När Beasley (1999) analyserade förekomsten av självskaдеincidenter bland ineliggande patienter med upprepat självskaдебeteende, definierat som fler än fem självskaдеhandlingar under de tre år som studien pågick, påvisades ett liknande samband då 71,2% av incidenterna inträffat på låsta avdelningar. Ytterligare en studie visade att avdelningsdörrar som var låsta under längre tid än tre timmar åt gången var kopplat till högre självskaдеfrekvens (Bowers et al., 2008).

En annan aspekt av heldygnsvård som tycks ha en inverkan på patienters självskaдебeteende är utagerande eller självdestruktivt beteende hos deras medpatienter. Ineliggande patienter som medverkade i en kvalitativ studie av Weber (2002) beskrev att en stökig avdelning där människor till exempel skrek, svor och skadade sig själva kunde ha en triggnande effekt på deras eget självskaдебeteende. Beck et al. (2018) analyserade förekomsten av våldsamt beteende samt självskaдебeteende på en rättspsykiatrisk vårdenhets i syfte att undersöka om sådana beteenden kunde tänkas ha en smittoeffekt på övriga patienter. Deras resultat visade att dagar där tre eller flera sådana incidenter förekom, vilket författarna refererade till som "smittodagar" på grund av den låga sannolikheten att så pass många incidenter under samma dag skulle bero på slumpen, innebar en ökad sannolikhet att ytterligare en "smittodag" skulle inträffa inom 48 timmar. Beasley (1999) fann liknande resultat; dagar då självskaдебeteende förekommit på en rättspsykiatrisk avdelning där flera

patienter med självskadeproblematik vistades följdes ofta av ytterligare en eller flera sådana dagar, vilket kunde inbegripa så många som elva patienter under en femdagarsperiod. Således tycks det finnas en smittoeffekt gällande självskadehandlingar hos individer med upprepat självskadebeteende när de befinner sig på samma avdelning.

Drew (2001) noterade även att samtliga patienter som utförde självskadehandlingar under studiens gång var under utökad observation (i betydelsen mer frekvent än den standardnivå som gäller för alla patienter) vid tillfället för skadan. Bowers, Gournay och Duffy (2000) fann i en studie av 27 heldygnsvårdskliniker i Storbritannien att den vanligaste angivna orsaken till att konstant observation ordinerades var risk för självskada eller suicidförsök. I en annan studie av Gournay och Bowers (2000) där de undersökte 31 fall där inneliggande patienter begått suicidförsök visade det sig att 68% av försöken genomförts när patienten ifråga var ordinerad konstant observation. En senare studie som syftade till att undersöka samband mellan utökad observation och självskadehandlingar fann att intermittent observation visserligen var kopplat till minskat antal självskador, men att det inte fanns något sådant samband mellan konstant observation och antal självskador (Bowers et al., 2008).

Att konstant övervaka patienter förefaller således vara ett relativt ineffektivt sätt att förhindra att de kommer till skada, och det tycks inte heller vara särskilt uppskattat av vårdpersonal. I en kvalitativ studie av O'Donovan (2007) där åtta sjuksköterskor på två psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar tillfrågades om hur de hanterade patienters självskadebeteende uppgav deltagarna att konstant observation användes både preventivt och reaktivt. Flera av deltagarna ansåg att interventionen var nödvändig men likväl problematisk, bland annat därför att den inkräktade på patienternas privatliv och gjorde att de kände sig obekväma (O'Donovan, 2007). En av deltagarna beskrev erfarenheter av att patienter varit ordinerade konstant observation under flera månaders tid, varpå de sedan självskadat eller suiciderat i princip så fort observationen upphört (O'Donovan, 2007).

Patienter inom den psykiatriska heldygnsvården verkar dela personalens syn på övervakning som en problematisk metod. Breeze och Repper (1998) fann i en kvalitativ intervjustudie att tre av de fyra patienter som varit under konstant observation upplevde detta som klaustrofobiskt och begränsande. Liknande resultat framkom i en studie av Cardell och Rogers Pitula (1999) där de undersökte tjugo patienters upplevelse av att vara under konstant observation. Samtliga patienter var medvetna om att syftet med interventionen var att skydda dem och majoriteten ansåg att den kunde ha vissa positiva effekter, men 75% kände sig likväl

lättade när de inte längre behövde vara under konstant observation eftersom de upplevde de begränsningar det medförde, såsom inskränkt rörelsefrihet och avsaknad av privatliv, som påfrestande (Cardell & Rogers Pitula, 1999). Den konstanta observationen uppgavs kunna leda till ökad ångest och ilska samt till att patienterna avstod från toalettbesök eller från att sköta sin hygien på ett adekvat sätt, och två patienter uppgav att de ljugit om sin självmordsbenägenhet i syfte att få personalen att sätta ut interventionen (Cardell & Rogers Pitula, 1999). Sammantaget förefaller konstant observation, på grund av sin integritetskränkande natur, vara en i bästa fall problematisk och i värsta fall skadlig metod för att förhindra självskadebeteende och suicidförsök på psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar.

Det förekommer att personal inom den psykiatriska heldygnsvården försöker påverka patienters självskadebeteende genom olika former av konsekvenser eller bestraffning. I O'Donovans (2007) studie beskrev tre av deltagarna att självskadehandlingar hanterades genom att applicera olika former av negativa konsekvenser, såsom till exempel krav på att ha på sig pyjamas, besöksförbud, förbud mot att gå till affären eller närvara vid terapisesioner, förflyttning till en avdelning med högre säkerhetsklassificering eller utskrivning. Dessa deltagare ansåg att sådana åtgärder kunde förhindra framtida självskadeincidenter (O'Donovan, 2007). Det finns dock inget stöd i forskningen för att detta skulle stämma.

En annan strategi som används för att hantera självskadeproblematik inom heldygnsvården är olika former av tvångsåtgärder. Beasley (1999) noterade att fysiska tvångsåtgärder användes vid 25% av de registrerade självskadeincidenterna. I en studie av fem brittiska psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar fann Foster, Bowers och Nijman (2007) att fasthållning användes vid 6,5% av självskadeincidenterna, fastspänning vid 12,9% och avskiljning vid 3,2%. Studien av Bowers et al. (2008) fann ett samband mellan fysiska tvångsåtgärder och ökad risk för självskadeincidenter.

Sammanfattningsvis tycks de flesta metoder som används för att förhindra självskadebeteende inom den psykiatriska heldygnsvården antingen sakna vetenskapligt stöd eller sakna effekt, med undantag för intermittent observation (Bowers et al., 2008). Två faktorer som dock har visat sig ha ett samband med färre antal självskadeincidenter och suicidförsök är högre personaltäthet samt mer kvalificerad personal (Bowers et al., 2008).

**Patienters upplevelser av att vårdas för självskadebeteende inom den svenska psykiatriska heldygnsvården.** Eriksson och Åkerman (2012) undersökte i en enkätstudie hur 179 patienter med självskadebeteende upplevt den vård de erhållit. Av dessa patienter hade

31,8% vårdats frivilligt inom den psykiatriska heldygnsvården och 36,3% hade vårdats inom den psykiatriska heldygnsvården och vid något tillfälle vårdats enligt LPT. När svaren från patienter som vårdats inom öppen- respektive heldygnsvården jämfördes visade det sig att patienterna inom heldygnsvården upplevt mer negativa attityder, fördomar och oförståelse från vårdpersonalen samt i större utsträckning upplevt kränkningar i vården (Eriksson & Åkerman, 2012). De patienter som vårdats enligt LPT rapporterade även att de hade mindre förtroende för vården och hade känt sig mindre trygga jämfört med patienter som vårdats frivilligt (Eriksson & Åkerman, 2012).

Patienterna beskrev att de upplevt heldygnsvården som en förvaring, då fokus främst legat på att hindra dem från att skada sig själva och de saknat samtalsstöd eller annan typ av behandling utöver medicinsk sådan (Eriksson & Åkerman, 2012). Heldygnsvården upplevdes dessutom ofta som otrygg, till exempel på grund av tvångsåtgärder och olika sorters bestraffning, och inkonsekvent, till exempel på så vis att självskadehandlingar ibland upplevts vara det enda sättet att anses tillräckligt sjuk för att få stanna på en avdelning medan det på andra avdelningar lett till omedelbar utskrivning, och flera patienter beskrev att deras självskadebeteende stagnerat eller förvärrats under tiden de varit inneliggande (Eriksson & Åkerman, 2012).

I en internetbaserad studie som undersökte 19 patienters upplevelser av tvångsåtgärder i samband med inneliggande vård för självskadebeteende beskrev deltagarna känslor av maktlöshet och bristande tillit i relationen till vårdpersonalen, bland annat på grund av respektlöst bemötande och en upplevelse av att tvångsåtgärder användes rutinmässigt utan att mindre integritetskränkande åtgärder provades först (Ejneborn Looi, Engström & Sävenstedt, 2015). För vissa patienter ledde bristen på tillit och rädslan för bestraffning till att de började ljuga för personalen och skada sig i smyg samt till att de blev avskräckta från att söka psykiatrisk vård i framtiden (Ejneborn Looi et al., 2015). Även i denna studie uppgav flera av patienterna att deras problematik förvärrats under vårdtiden och de menade på att frekvensen av tvångsåtgärder hade kunnat reduceras om personalen pratat mer med dem, försökt förstå deras problematik och fokuserat på att bygga upp en tillitsfull relation (Ejneborn Looi et al., 2015).

Helleman, Lundh, Liljedahl, Daukantaité och Westling (2018) undersökte i en kvalitativ studie hur åtta patienter med självskadebeteende upplevt BI under implementeringsfasen. Patienterna uppgav att de uppskattade BI:s förutsägbarhet och själva



vetskapen om att de hade möjlighet att lägga in sig vid behov, och när de väl var inlagda uppskattade de att personal fanns tillgängliga för dagliga samtal samt att rutinerna på avdelningen hjälpte dem att strukturera upp sina egna rutiner för sömn och måltider (Helleman et al., 2018). Ibland hade patienterna dock upplevt att personalen inte hade tid för dem samt att personalen var okunnig om eller negativt inställd till BI, vilket påverkat deras mående och upplevda trygghet negativt (Helleman et al., 2018). En patient uppgav att anställda i resursteamet, det vill säga personal som inte är knutna till en specifik avdelning utan hoppar in där det behövs, inte tycktes ha fått information om BI (Helleman et al., 2018).

Personalens attityd uppgavs vara väldigt viktig för hur patienterna upplevde sina inläggningar; de beskrev hur värdefullt det var för dem att bli behandlade på ett respektfullt och uppmuntrande sätt, att bli validerade av personalen när de mådde dåligt samt att bli bemötta som jämlikar även när de var upprörda (Helleman et al., 2018). Ansvarstagandet som BI innebar beskrevs huvudsakligen som positivt, då det gav patienterna en känsla av egenmakt och självförtroende, även om ett par patienter uttryckte ambivalens inför vissa aspekter av ansvarstagandet såsom till exempel att själv sköta sin medicinering (Helleman et al., 2018).

Helleman et al. (2018) undersökte också faktorer som bidrog till att patienterna valde att lägga in sig respektive att avstå från att göra det. Den främsta anledningen till att patienterna valde att söka BI var att de kände sig suicidala eller upplevde ett behov av att självskada och ville undvika detta. De uppgav att de kände sig trygga på avdelningen på grund av personalens stöd och att de tog avtalet om att inte skada sig själva på stort allvar. Patienterna beskrev också att de valde att söka BI i syfte att hantera kriser innan det gick så långt att de behövde läggas in under en längre tid, då långa inläggningar hade en negativ påverkan på familje- och yrkesliv, eller vårdas enligt LPT. Ytterligare anledningar uppgavs vara en vilja att bryta perioder av isolering samt känslomässig utmattning som medförde ett behov av att återhämta sig och få kontroll över sina dagliga rutiner (Helleman et al., 2018).

Patienterna beskrev att de ibland inte vågade söka BI då de var rädda för att bli negativt bemötta av personalen eller avvisade på grund av platsbrist (Helleman et al., 2018). Efter längre inläggningsperioder kunde de även känna skam och därför avstå från att söka. Ytterligare anledningar till att patienter valde att inte söka BI uppgavs vara svårigheter relaterade till att avgöra huruvida deras problem var tillräckligt allvarliga för att de skulle förtjäna vården, eftersom de inte ville ta en plats från någon som behövde den bättre, samt att

de väntat för länge med att söka och därför mådde så dåligt att de behövde mer omfattande omvårdnad i form av en vanlig inläggning (Helleman et al., 2018).

**Personals upplevelser av att vårda patienter med självskadebeteende inom den skandinaviska psykiatriska heldygnsvården.** I en studie av Tofthagen, Talseth och Fagerström (2014) uppgav norska psykiatrisjuksköterskor att de kände omsorg för sina patienter med självskadebeteende, samtidigt som de uttryckte att de ibland kunde finna det obehagligt och provocerande att vårda dem. De kunde även känna sig otillräckliga och uppleva det som ett personligt misslyckande när en patient de ansträngt sig för att hjälpa fick ett återfall (Tofthagen et al., 2014).

Wilstrand, Lindgren, Gilje och Olofsson (2007) undersökte hur sjuksköterskor på fyra psykiatriska intensivvårdsavdelningar i Sverige upplevde arbetet med patienter med självskadebeteende. Deltagarna uttryckte vissa positiva känsloupplevelser, så som engagemang och hoppfullhet angående deras möjligheter att hjälpa patienterna. De beskrev dock även upplevelser av stark rädsla och ilska samt erfarenheter av att personal betett sig oprofessionellt och oetiskt, till exempel genom att skrika på eller bli hårdhänta gentemot patienter, när de inte klarade av att hantera dessa negativa känslor (Wilstrand et al., 2007). Att hantera sina känslor i mötet med patienterna var generellt en utmaning för sjuksköterskorna, främst i stunden när självskador eller suicidförsök inträffade men även efter att den akuta situationen var över. De beskrev att det var svårt att förhålla sig till balansgången mellan att å ena sidan behöva ta hand om patientens skador och å andra sidan undvika att uppmärksamma självskadebeteendet för mycket och därmed riskera att förstärka det. Sjuksköterskorna uttryckte att det var mycket värdefullt för dem att få stöd från sina kollegor och chefer, men att de ofta upplevde brister på detta område vilket ledde till att de ibland sjukanmälde sig för att deras känslor blev alltför överväldigande (Wilstrand et al., 2007).

**Positivt risktagande.** Downes, Gill, Doyle, Morrissey och Higgins (2016) undersökte hur 381 sjuksköterskor inom den irländska vuxenpsykiatrin förhöll sig till olika aspekter av riskbedömning, däribland positivt risktagande, och fann att 60,3% av dem såg kreativt risktagande som en nödvändig del i patientens återhämtningsprocess samt att 64% ansåg att det var patienternas rättighet att göra egna val som kunde resultera i negativa konsekvenser förutsatt att de på förhand informerats om riskerna. Övriga deltagare var huvudsakligen ambivalenta i sin inställning till positivt risktagande; 26,5% respektive 23,7% uppgav att de inte kunde bestämma sig för hur de skulle förhålla sig till kreativt risktagande och

patienternas rätt att ta informerade risker. Eftersom positivt risktagande är ett förhållningssätt, inte en specifik metod, kan det ta sig uttryck på varierande sätt i praktiken.

Birch, Cole, Hunt, Edwards och Reaney (2011) granskade rapporter av självskaideincidenter på tre olika psykiatriska kliniker för kvinnor med personlighetssyndrom och självskaideproblematik vars arbetssätt baserades på positivt risktagande. Patienterna förväntades vara delaktiga både i de behandlingar som erbjöds och i skötseln av avdelningen, och tilläts hantera vanliga köksredskap och hushållsprodukter, som till exempel knivar och rengöringsmedel. De uppmuntrades att använda andra strategier för känsloreglering istället för att skada sig, men om de valde att självskada användes inga fysiska tvångsåtgärder för att hindra dem och efteråt fick de själva sköta om de skador de åsamkat sig i den utsträckning det var möjligt. Analysen av rapporter från en sexårsperiod visade att frekvensen av självskaideincidenter minskade över tid och var signifikant lägre det sista kvartalet innan patienter skrevs ut jämfört med det första kvartalet efter att de skrivits in (Birch et al., 2011).

En typ av positivt risktagande som beskrevs i en studie av James, Samuels, Moran och Stewart (2017) är skadereducering, en metod som innebär att fokus läggs på att förhindra skadliga effekter av ett beteende snarare än själva beteendet. Vad gäller självskaidebeteende kan metoden till exempel innefatta att vårdpersonal ger patienter råd om hur de kan minimera riskerna när de skadar sig, ger dem steriliserade rakblad eller lär dem hur de bäst kan rengöra sina sår (James et al., 2017). James et al. (2017) undersökte hur vårdpersonal på två psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar upplevde implementeringen av ett skadereducerande arbetssätt. På en av avdelningarna använde samtliga i personalen metoden, men på den andra avdelningen var några i personalen negativt inställda, bland annat av etiska skäl samt oro för legala konsekvenser, varpå det förekom att patienterna ibland fick lov att skada sig och ibland hindrades från att göra det beroende på vilka som arbetade (James et al., 2017). Patienter som bedömdes vara suicidala tilläts inte självskada på någon av avdelningarna, och patienterna som tilläts skada sig ombads att inte göra det i gemensamma utrymmen (James et al., 2017). James et al. (2017) fann att vårdpersonal som använt metoden med sina patienter huvudsakligen hade positiva erfarenheter, bland annat i form av färre och mindre allvarliga självskaideincidenter, medan personal som inte hade använt metoden uppgav att de var oroliga för att deras patients självskaidebeteende skulle öka i allvarlighetsgrad och för att de inte skulle klara av att göra korrekta riskbedömningar om de tillämpade en skadereducerande behandlingsstrategi.

En annan intervention som kan ses som en form av positivt risktagande är så kallade ”no suicide contracts” eller ”no harm contracts”, det vill säga skriftliga eller muntliga överenskommelser mellan vårdpersonal och patient där patienten åtar sig att avhålla sig från självmordsförsök eller självskaehandlingar (Drew, 2001). Drew (2001) jämförde patientjournaler från två vuxenpsykiatriska heldygnsvårdsenheter varav den ena använde sig av ”no suicide contracts” och fann ett samband mellan sådana kontrakt och hög risk för självskaehandlingar, troligtvis på grund av att överenskommelserna främst gjordes med patienter som redan bedömts ha en hög suicidrisk. Kontrakten ledde alltså inte till minskat självskaebeteende.

I studien av O’Donovan (2007) uppgav deltagarna att ”no harm contracts” tillämpades på ordination av enskilda läkare. Kontrakten kunde vara antingen skriftliga eller muntliga och ibland ingick de i patientens vårdplan. En av deltagarna beskrev att vårdpersonalen och patienten formulerade kontraktet tillsammans och att patienten ombads lova att ta kontakt med personal vid självskaeimpulser. Det framkom inte av studien hur deltagarna upplevde effekten av att använda sådana kontrakt eller om några, och i så fall vilka, av de negativa konsekvenser som några deltagare uppgav förekom när patienter självskaedade ingick i kontrakten eller om de tillämpades separat (O’Donovan, 2007).

En kvasi-experimentell studie av Potter, Vitale-Nolen och Dawson (2005) undersökte om implementeringen av ”safety agreements” på en vuxenpsykiatrisk heldygnsvårdsklinik påverkade frekvensen av självskaehandlingar samt hur sjuksköterskorna upplevde interventionen. ”Safety agreements” är en intervention som påminner om ”no harm contracts”, där patienter tillfrågas om självskaerisk och copingstrategier samt ombeds överenskomma med personalen att de inte ska skada sig själva utan istället be om hjälp när de mår dåligt. Patienternas copingstrategier noteras i ett formulär som förvaras tillsammans med deras vårdplan (Potter et al., 2005). Överenskommelsen hade ingen effekt på självskaefrekvensen men sjuksköterskorna upplevde att interventionen underlättade skapandet av en dialog kring säkerhet och ledde till ökat ansvarstagande från patientens sida (Potter et al., 2005).

## **Syfte**

Då vården av patienter med självskaebeteende historiskt har utmärkts av negativa upplevelser för både patienterna och personalen är det av största vikt att de interventioner och behandlingsmetoder som används i arbetet med patientgruppen är tydligt definierade och

gediget utvärderade. Metoden ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende som används inom den svenska psykiatriska heldygnsvården saknar en tydlig definition och har följaktligen heller aldrig utvärderats. Syftet med denna studie är att få en bild av hur en psykiatrisk klinik i nuläget arbetar med ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende samt att undersöka vårdpersonalens erfarenheter och upplevelser av arbetssättet, för att ge ett första underlag till vidare forskning på ämnet.

#### **Frågeställningar:**

- Hur beskriver psykiatrisk vårdpersonal ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende?
- Hur upplever personalen arbetet med ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende inom den psykiatriska heldygnsvården?

### **Metod**

#### **Design**

**Kvalitativ ansats.** Då studien syftade till att skapa en bild av en metod som hittills inte beskrivits samt undersöka hur människor upplever arbetet med metoden ifråga valdes en kvalitativ ansats. Kvalitativ forskning syftar till att få en förståelse för människors erfarenheter och upplevelser samt beskriva, och eventuellt även förklara, dessa (Willig, 2013). Kvalitativa metoder lämpar sig även väl för explorativa studier, det vill säga studier vars mål är att generera kunskap om tidigare obeforskade eller underbeforskade ämnen så att denna kunskap kan fungera som underlag för nya frågeställningar i framtida studier (Langemar, 2008).

**Vetenskapsteoretisk utgångspunkt.** Studien tog sin epistemologiska utgångspunkt i den kritiska realismen. Enligt detta synsätt går det inte att uppnå en exakt beskrivning och förståelse av verkligheten men det går dock att komma mer eller mindre nära detta mål (Langemar, 2008). Forskaren utgår således från ett antagande om att den data som samlats in inte utgör en perfekt, objektiv återgivning av verkligheten och att det krävs ett visst mått av tolkning för att komma närmare en förståelse av de underliggande strukturer och mekanismer som bidragit till att skapa fenomenet som studeras (Willig, 2013).

**Semistrukturerade intervjuer.** Då denna studie hade två frågeställningar, varav den första ställde större krav på intervjuens struktur för att säkerställa att intervjuaren fick en så tydlig och mångsidig beskrivning av ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende som möjligt,

valde författaren att använda sig av semistrukturerade intervjuer för att samla in data. En semistrukturerad intervjuguide ger intervjuaren en överblick över de övergripande ämnesområden som bör beröras och gör det möjligt att i samma intervju både ställa mer slutna, faktainriktade frågor och mer öppna, upplevelseinriktade frågor samt att ställa nya frågor beroende på hur samtalet utvecklar sig (Langemar, 2008).

**Tematisk analys.** Tematisk analys bedömdes vara passande eftersom det är en flexibel analysmetod som förser forskaren med många valmöjligheter, med avseende på till exempel vetenskapsteoretisk positionering, hur teman definieras och bestäms samt avvägningen mellan djup och bredd i den slutliga presentationen av resultatet (Braun & Clarke, 2006).

Då denna uppsats syftade till att undersöka en metod som tidigare inte studerats samt respondenternas upplevelser av arbetet med metoden ifråga valde författaren att försöka ge en bred återgivning av materialet snarare än att göra en djupare analys av en eller några få aspekter, i enlighet med Braun och Clarkes (2006) rekommendationer för underbeforskade områden. Teman identifierades huvudsakligen på en semantisk eller explicit nivå (Braun & Clarke, 2006).

En abduktiv ansats, det vill säga en kombination av induktion och deduktion, valdes då författaren visserligen hade en preliminär uppfattning om koder som kunde tänkas bli relevanta utifrån tidigare forskning om andra former av positivt risktagande, men likväl ville behålla en öppenhet inför andra viktiga aspekter av respondenternas upplevelser som kunde tänkas framkomma under analysarbetet och ge upphov till nya koder (Langemar, 2008; Willig, 2013).

### **Deltagare**

Studiens respondenter utgjordes av tolv anställda på en vuxenpsykiatrisk klinik i Region Skåne: en psykiater, två sjuksköterskor, fem skötare samt fyra terapeuter med inriktning på dialektisk beteendeterapi (DBT). Samtliga respondenter var kvinnor.

### **Urvalsprocedur**

Urvalet begränsades av det faktum att ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård i nuläget inte är en definierad arbetsmetod, vilket innebär att det inte finns någon statistik över dess användning att tillgå. Utifrån författarens professionella kontaktnät identifierades en psykiatrisk klinik där metoden tillämpades inom heldygnsvården, varpå ett mail med ett informationsbrev (se bilaga 1) om studien samt en uppmaning att kontakta författaren vid intresse av att delta skickades ut inom verksamheten.

## **Intervjuprocedur**

Den inledande kontakten med respondenterna skedde via mail eller telefon. En av intervjuerna genomfördes i respondentens hem, en annan intervju genomfördes på telefon och resterande tio intervjuer genomfördes i klinikens lokaler. Intervjuerna spelades in på diktafon och inspelningarnas längd varierade mellan 22 och 67 minuter, med ett genomsnitt på 48 minuter. Innan intervjuerna påbörjades läste författaren upp en sammanhangsmarkering som förklarade begreppet positivt risktagande och gav exempel på hur olika förhållningssätt till risktagande kan ta sig praktiska uttryck i den psykiatriska vården (se bilaga 2). Därefter ställdes frågor utifrån en semi-strukturerad intervjuguide med fem övergripande ämnesområden: *Bakgrundsinformation om intervjupersonen, Frågor om positivt risktagande (hur utförs det?), Frågor som berör svårigheter med positivt risktagande, Frågor som berör fördelar och möjligheter med positivt risktagande samt Frågor som berör personal och patienters upplevelser av positivt risktagande* (se bilaga 2).

## **Analys**

Analysen av intervjuerna genomfördes i enlighet med de sex steg som rekommenderas av Braun och Clarke (2006). Efter varje genomförd intervju lyssnade författaren igenom inspelningen och skrev ned sina reflektioner om innehållet och potentiella koder i en loggbok. Inledningsvis transkriberade författaren den första intervjun som genomförts. I takt med att fler personer än väntat uttryckte sitt intresse för att delta i studien konfronterades författaren med insikten att det sannolikt inte skulle vara möjligt att på egen hand transkribera allt material inom tidsramen för denna uppsats, och att delegera transkriberingsarbetet föreföll inte lämpligt av hänsyn till deltagarnas integritet. Författaren stod därför inför valet att antingen sortera bort ett större antal intervjuer eller finna ett annat sätt att koda det insamlade materialet. Beroende på studiens syfte och praktiska omständigheter kan forskare enligt Kvale och Brinkmann (2014) välja andra möjliga tillvägagångssätt än transkribering, så som att koda ljudfiler i mjukvaruprogram och endast transkribera exempelvis citat som ska publiceras. Wainwright och Russell (2010) poängterar att transkribering ofta görs reflexmässigt, eftersom det historiskt sett varit nödvändigt, och beskriver hur forskare istället kan använda mjukvaruprogrammet NVivo för att ljudkoda inspelade intervjuer. Kvale och Brinkmann (2014) resonerar även kring hur redan själva inspelningen av en intervju innebär att information som kommuniceras genom kroppsspråk går förlorad, varpå ytterligare informationsbärande aspekter så som till exempel tonfall och andning sedan försvinner när inspelningen transkriberas.

Mot bakgrund av detta bedömde författaren att ljudkodning kunde anses utgöra ett adekvat alternativ till transkribering och således var det mest lämpliga tillvägagångssättet för att kunna ta tillvara materialet från samtliga tolv intervjuer. NVivo 12 möjliggör hanteringen av olika sorters material i samma projekt, varpå den första intervjun kodades utifrån transkriberingen medan inspelningarna av de resterande elva intervjuerna ljudkodades och annoterades för att ge författaren en överblick över de olika ljudsegmentens innehåll.

Samtliga intervjuer lyssnades igenom två gånger under kodningsprocessen i syfte att upptäcka sådant som författaren eventuellt missat under de första genomlyssningarna. Efter att samtliga intervjuer kodats analyserades samlingen av koder och författaren provade att kombinera dem på olika sätt, vilket resulterade i åtta preliminära teman. Därefter följde en granskning av dataextrakten i varje preliminärt tema, vilket resulterade i att ett tema samt ett antal dataextrakt kasserades och de resterande sju preliminära temana kombinerades till att utgöra fyra teman. Författaren lyssnade sedan igenom samtliga intervjuer igen för att avgöra huruvida temana kunde anses representera materialet. Detta mynnade ut i att ett av de fyra temana delades upp för att bättre fånga och tydliggöra en viss aspekt av ”nolltoleransens” effekt på respondenternas arbetssituation, varpå de fem temana definierades och namngavs.

Därefter producerade författaren en beskrivning av dessa fem teman med utvalda citat från respondenterna för att exemplifiera temans relevans i relation till intervjumaterialet. Några mindre språkliga justeringar av citaten gjordes i syfte att öka läsbarheten utan att förändra innehållet. I enlighet med Willigs (2013) resonemang kring tvivelaktigheten i föresatsen att som kvalitativ forskare försöka förvandla ett rörigt och otydligt material till ett sammanhängande och logiskt konsekvent narrativ avstod författaren medvetet från att rensa bort motsägelsefulla utsagor angående tillämpningen av ”nolltolerans”, i syfte att så korrekt som möjligt representera materialet och respondenternas upplevelser. Avslutningsvis diskuterades studiens resultat i relation till relevanta teorier och tidigare forskning.

### **Författarens förförståelse och hantering av olika roller**

Enligt Langemar (2008) är det oundvikligt att den kvalitativa forskningsprocessen i viss utsträckning påverkas av forskarens förförståelse, det vill säga dennes befintliga kunskap och antaganden om fenomenet som studeras. I detta fall var författaren sedan cirka ett och ett halvt år tillbaka timanställd som vårdbiträde inom heldygnsvården på den klinik som blev föremål för undersökningen, och hade arbetat tillsammans med vissa av respondenterna i studien vid olika tillfällen samt kommit i kontakt med metoden som studerades, om än i begränsad omfattning



jämfört med ordinarie personal då timanställda av naturliga skäl inte kan vara kontaktperson till patienter och således mycket sällan närvarar vid läkarsamtal. Inför intervjuerna med de respondenter författaren tidigare arbetat tillsammans med ombads de att försöka bortse från detta och besvara frågorna som om författaren var obekant med metoden och respondenternas arbetssituation, i ett försök att undvika att respondenterna skulle utelämnat information som de (korrekt eller inkorrekt) antog att författaren redan kände till. Under analysarbetet antecknade författaren löpande sina reflektioner i en loggbok som hon regelbundet läste igenom och ansträngde sig särskilt för att reflektera kring hur hennes personliga erfarenheter och åsikter kunde tänkas påverka hur hon förhöll sig till materialet, i syfte att minimera förförståelsens påverkan på analysen och tematiseringen.

### **Etiska överväganden**

Då studien ingick i ett större forskningsprojekt omfattades den av Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460). Således gjordes en ansökan till Regionala etikprövningsnämnden i Lund som godkändes i slutet av augusti 2018.

Samtliga respondenter gavs inför intervjuerna information om att intervjuerna skulle spelas in, att samtliga uppgifter skulle behandlas konfidentiellt, att de utan att ange skäl kunde välja att inte svara på alla frågor, att endast avidentifierade data skulle användas i analyserna, samt att resultat skulle rapporteras på gruppnivå eller så att uppgifterna inte kunde härledas till en enskild respondent, samt att de när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande. Respondenterna påmindes även om patientsekretessen (SFS, 2009:400 25 kap. 1 §). Efter att ha fått denna information samt getts möjlighet att ställa och få svar på eventuella frågor gav respondenterna muntligt och skriftligt samtycke (se bilaga 3), med undantag för en respondent som intervjuades över telefon och därför endast gav muntligt (inspelat) samtycke.

Inspelningarna av intervjuerna sparades på en lösenordsskyddad dator som endast författaren hade tillgång till och en siffer-bokstavskombination användes istället för respondenternas namn under databearbetningen. Av hänsyn till respondenternas anonymitet specificerades inte vem som uppgett vad i resultatpresentationen och författaren avstod från att inkludera potentiellt identifierande information såsom ålder och yrkeslivserfarenhet.

### **Resultat**

Studiens resultat presenteras i två delar vilket reflekterar de två frågeställningarna. I den första delen ges en beskrivning av "nolltolerans" gentemot självskadebeteende utifrån

respondenternas uppgifter om hur metoden tillämpas medan den andra delen berör respondenternas upplevelser av arbetssättet, vilka presenteras i form av fem teman: *”Nolltolerans” som alternativ till tillsyn och tvång, ”Nolltolerans” som ett sätt att främja ansvarstagande och samarbete, ”Nolltolerans” och upplevelsen av trygghet på avdelningen, Otydlighet i överenskommelsen om ”nolltolerans” samt ”Nolltoleransens” etiska komplexitet.*

**”Nolltolerans” gentemot självska debeteende**

Enligt respondenterna ordinerades ”nolltolerans” gentemot självska debeteende inom heldygnsvården vanligen av ordinarie avdelningsläkare och delgavs patienten vid dennes första läkarsamtal efter inskrivningen samt skrevs in i patientens vårdplan. Beroende på om patienten skrevs in på en vardag eller en helgdag kunde detta ske samma dag eller efter att patienten tillbringat ett par dagar på avdelningen. En respondent uppgav dock att det ibland hänt att patienter getts ”nolltolerans” av läkare de träffat på akutmottagningen, och att avdelningspersonalen i sådana fall utgått från att den läkaren gjort en korrekt bedömning. I de fall då patienten inte redan haft ”nolltolerans” när de kom till avdelningen gjorde avdelningsläkare en individuell bedömning av patientens tillstånd och huruvida det var lämpligt att tillämpa metoden, varpå samma patient kunde ges ”nolltolerans” under vissa vårdtillfällen men inte under andra beroende på dennes aktuella tillstånd. Respondenterna uppgav att utskrivningar på grund av självska dehandlingar vanligen inte skedde på jourtid, utan att man avvaktade tills ordinarie läkare kunde ha ett utskrivningssamtal med patienten och diskutera vad som skett. Det uppgavs att personal ibland erbjöd sig att följa med patienter till akutmottagningen efter utskrivningen.

**Lämplighetsfaktorer.** Gemensamma karaktäristika för de patienter som ibland eller ofta gavs ”nolltolerans” gentemot självska dehandlingar uppgavs vara att de vanligtvis hade någon form av personlighetssyndromsdiagnos (oftast men inte nödvändigtvis borderline personlighetssyndrom) och ett långvarigt, svårbehandlat självska debeteende. ”Nolltolerans” användes enligt respondenterna inte med patienter som var helt nya inom psykiatrin, men kunde användas med patienter som var nya på kliniken men redan hade en dokumenterad psykiatrisk historik. Psykostillstånd och djupa depressioner uppgavs som exempel på tillstånd där ordination av ”nolltolerans” ansågs olämpligt, och det uppgavs även att det inte ordinerades under vissa pågående medicinska behandlingar. Det kunde även finnas mer individspecifika anledningar till att läkare avstod från att ge en patient ”nolltolerans”, som till exempel att det använts vid tidigare vårdtillfällen och då haft en triggande effekt på patientens

självskadebeteende eller att patienten ansågs ha en bristande förmåga till konsekvenstänkande. Majoriteten av respondenterna uppgav att en grundläggande förutsättning för att ”nolltolerans” överhuvudtaget skulle kunna ordineras var att patienten vårdades frivilligt. En respondent uppgav dock att hon fått höra av en patient att denne getts ”nolltolerans” i samband med att den vårdats enligt LPT.

**Rational.** Respondenterna beskrev att patienten vid läkarsamtalet gavs en förklaring till varför ”nolltolerans” sattes in. Denna förklaring gick i stora drag ut på att patienten frivilligt kommit dit därför att denne ville ha hjälp, att vårdpersonalen ville samarbeta med patienten kring dennes stabilisering och att läkaren därför skulle skriva ut patienten om denne under vårdtiden skadade sig istället för att be personalen om hjälp, eftersom heldygnsvården ansågs förlora sin mening om personalen inte fick möjlighet att hjälpa patienten. Detsamma uppgavs gälla om patienten tog in föremål att skada sig med, berusningsmedel eller icke-ordinerade läkemedel och det förekom att ”nolltolerans” gällde även för ätstörningsbeteenden och utagerande beteende. Patienten förbereddes enligt respondenterna under samtalet på att de i sådana fall skulle komma att skrivas ut oavsett deras mående och oavsett huruvida de höll med om att de borde bli utskrivna. Det betonades att en sådan utskrivning endast innebar att just det aktuella vårdtillfället avslutades och att patienten var välkommen att söka heldygnsvård på nytt.

**Undantag.** Den generella bilden som gavs var att självskadehandlingar under vårdtiden inte skulle leda till utskrivning om patienten inte hade fått hjälp efter att ha signalerat till personalen att den var i behov av det. Några respondenter uppgav även att patienten inte skulle skrivas ut om den hade sökt, fått och tagit emot hjälp men till slut ändå inte klarat av att stå emot sitt behov av att skada sig. En respondent uppgav att det hänt att man valt att inte skriva ut en patient som skadat sig under en pågående medicinjustering, utan istället valt att ta bort ”nolltoleransen” för att kunna fullfölja justeringen. Majoriteten av respondenterna var eniga om att patienten inte borde skrivas ut om det skett ett missförstånd angående reglerna för ”nolltoleransen” som kunde anses vara trovärdigt utifrån omständigheterna kring självskadehandlingen och patientens förmåga, men en respondent ansåg att man istället borde klargöra vad patienten missuppfattat och sedan fullfölja utskrivningen och be dem söka igen. ”Nolltoleransen” kunde även komma att tas bort om patientens tillstånd skulle försämrats kraftigt under vårdtiden.

## **Personalens erfarenheter och upplevelser**

”Nolltolerans” som alternativ till tillsyn och tvång. ”Nolltoleransen” ansågs av många respondenter vara ett bättre alternativ till tvångsåtgärder och övervakning, varav de senare beskrevs som något som ibland kunde vara nödvändigt men som likväl var kränkande och i längden skadligt för patienten.

(Nolltolerans) är en alternativ metod, som jag upplever är mindre kränkande för patienten, som ger mer valmöjlighet, mer... dialogmöjligheter än tvångsåtgärder, exempelvis, eller konvertering (till tvångsvård) eller övervakningsmöjligheterna som man har.

Flertalet respondenter upplevde att många patienter föreföll bli hjälpta av ”nolltoleransen”. En respondent beskrev att det dock fanns ett fåtal patienter med särskilt svårt självskadebeteende där man visste att ”nolltoleransen” inte hade särskilt stor effekt men ändå fortsatte ordinaera det, eftersom deras självskadebeteende på avdelningen annars eskalerade tills personalen inte kunde hantera det. Alternativet till ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende beskrevs som konvertering till LPT och sedan tvångsåtgärder och kontinuerlig tillsyn, ibland flera månader i sträck på grund av den i princip ständiga suicidrisken, vilket upplevdes vara ännu mer destruktivt för patienten.

När man har försökt kontroll och tvång och så under flera år och det inte hjälper så... är ändå det här det minst dåliga. Men det känns ju aldrig bra, ändå.

Med många patienter ansågs dock riskerna vara allt för stora för att fortsätta ordinaera ”nolltolerans” efter något eller några misslyckade försök. En respondent beskrev att det kunde röra sig om unga patienter med svårt självskadebeteende som ännu inte hade lärt sig tillräckligt med färdigheter för att kunna stå emot behovet att skada sig. Dessa patienter hade ofta återkommande perioder med tvångsvård, vilket uppgavs vara ett hinder för att ordinaera ”nolltolerans” eftersom patienten behövde vårdas frivilligt och vara motiverad att upphöra med sitt självskadebeteende.

Vissa av de patienterna som är... väldigt unga, som kommer in med ett självskadebeteende, där de kanske nyligen har påbörjat kontakt med DBT:n och där de liksom i princip har ett dagligt självskadebeteende, de är också väldigt svåra att ha nolltolerans på. För att där blir det liksom en kamp mellan att "okej, jag är här inne, jag vet att jag inte får göra det" och så klarar de inte att hålla detta och så skrivs de ut, så kommer de hem och sedan gör de en intox (förgiftning, vanligen på grund av läkemedelsöverdos) och sedan är de tillbaka igen, och oftast är det tvångsvård, mycket tvångsvård inblandat, och då kan man ju inte ha det liksom, utan det måste ju... man måste komma dit där det är frivilligt och där det finns en motivation till att det här... jag måste liksom kunna jobba med det här och jag måste veta vad jag ska göra för att jag ska klara av det.

En annan respondent ansåg att "nolltoleransen" i sig på sätt och vis kunde ses som en form av tvångsåtgärd och menade att det inte var ett hjälpsamt sätt att få patienter att avhålla sig från att skada sig. Ytterligare en annan respondent tänkte att det fanns en risk att användandet av "nolltolerans" för vissa patienter skulle kunna leda till att deras självskadebeteende initialt ökade i allvarlighetsgrad, i ett försök att uppnå de resultat som beteendet tidigare gett (till exempel mer omvårdnad), så att det med tiden blev omöjligt att inte konvertera dem till tvångsvård, men betonade att det var ett hypotetiskt resonemang och inte något hon sett ske.

**"Nolltolerans" som ett sätt att främja ansvarstagande och samarbete.** Många respondenter uttryckte en upplevelse av att patienterna ofta varit ovilliga att ta hjälp av personalen när de mådde dåligt, varpå deras yrkesutövande i viss mån reducerats till att plåstra om patienterna efter att de skadat sig. Detta beskrevs ha gett upphov till känslor av frustration, hjälplöshet och uppgivenhet. En respondent beskrev att vården kunde förvandlas till en destruktiv maktkamp mellan patient och personal, där patienten försökte överlista personalen i syfte att kunna skada sig, när patienten inte var tillräckligt motiverad att ta emot hjälp och själv kämpa för att bli fri från sitt självskadebeteende. "Nolltoleransen" innebar för många av respondenterna en positiv förändring eftersom den upplevdes ha lett till att patienterna blev mer delaktiga i sin egen vård och i större utsträckning tog hjälp av och samarbetade med personalen.

(Nolltoleransen) ger mig mer som personal också att arbeta med, att motivera patienterna och hjälpa dem när de har det som sämst, istället för att bara plåstra om dem och... ja, rädda dem när de försökt ta livet av sig på avdelningen. För ibland kan

jag tycka att det känns som att patienten släpper över på oss när de kommer in, när de mår så dåligt... att de vågar göra mer drastiska åtgärder när de är inne hos oss för att det finns personal som kan fånga upp dem.

Att personalen tog över för stort ansvar för patientens säkerhet och välbefinnande uppgavs kunna leda till att patienten blev passiviserad och osjälvständig. Majoriteten av respondenterna ansåg att nyckeln till förbättring var att patienterna skulle få hjälp av personalen att hitta och lära sig att använda sig av andra strategier för att reglera känslor, så att de skulle kunna klara sig själva hemma efter att de skrivits ut och inte behöva förlita sig på heldygnsvården i lika stor utsträckning. Flera respondenter såg "nolltoleransen" som ett sätt att uppnå detta då de ansåg att metoden hjälpte patienterna att successivt bli mer självständiga och ta större ansvar för sitt eget välbefinnande.

För vi vet ju med den här typen av patienter att ineliggande vård, medicinering, hjälper väldigt, väldigt lite. Utan det som hjälper är ju att ta hjälp av personalen och försöka att själv ta kontroll över sin ångest. Det är det som måste ske, så att säga, för att allt annat är bara liksom en förvaring och ett uppskjutande av problemen, och ökar bara patientens övertro att det är någon annan som kan lösa problemen.

Några respondenter beskrev att de upplevde att patienterna överlag uppfattade ansvarstagande som något svårt eller på andra sätt negativt. En respondent resonerade kring att detta kunde tänkas grunda sig i att vårdpersonal vanligen utgick från att alla människor såg ansvarstagande som något önskvärt och således sällan talade med patienterna om de positiva aspekterna av ansvarstagande eller om hospitalisering (förlust av funktionsförmåga till följd av heldygnsvård under en längre period) som en process som alla människor som får heldygnsvård, både psykiatrisk och somatisk, riskerar att drabbas av.

Alltså att det går så snabbt att bli så otroligt liksom... osjälvständig, och att det gör någonting med... att man kanske inte riktigt känner det själv på vägen. Så att... det är inte något fel på dig, det är inte något konstigt eller så, utan det händer alla och vi behöver hjälpa dig att inte hamna där.

**"Nolltolerans" och upplevelsen av trygghet på avdelningen.** Flera respondenter tog upp att en effekt av "nolltoleransen" var att frekvensen av självskadeincidenter på

avdelningen minskade, vilket upplevdes vara positivt för både personalen och patienterna. En respondent beskrev att innan "nolltolerans" började ordinerars kunde det till exempel förekomma att fem patienter skadade sig själva under samma kvällspass, vilket personalen egentligen inte hade resurser för att hantera. En arbetsmiljö där allvarliga självskadeincidenter var vanligt förekommande beskrevs som känslomässigt krävande, traumatisk och en källa till kontinuerlig stress hos personalen vilket uppgavs kunna leda till minskat engagemang.

Nolltolerans är jättebra, jag är positivt inställd till det här och jag hoppas det fortsätter. Det besparar väldigt mycket tid, väldigt mycket lidande för patienten, faktiskt. För oss också, vi har ju också känslor... och det har varit blodbad många gånger, tidigare, det var helt gräsligt.

Även patienterna ansågs gynnas av att inte behöva utsättas för andras självskadebeteende i lika stor utsträckning, av att det generellt blev lugnare på avdelningen samt av att personalen fick mer tid och energi över till att hjälpa dem när de mådde dåligt. En respondent tog dock upp att eftersom alla patienter inte kunde ges "nolltolerans" kunde det vara triggande för dem som hade ordinerats det att behöva höra eller bevittna när andra patienter skadade sig själva, vilket kunde leda till att de ifrågasatte rättvisan i tillvägagångssättet. Även flera andra respondenter beskrev att det kunde upplevas som orättvist för patienterna med "nolltolerans" att andra patienter kunde skada sig på avdelningen och ändå få lov att stanna kvar medan de själva inte kunde skada sig utan att bli utskrivna. Vanligen hanterade personalen detta genom att hänvisa till att ordinationen baserades på en individuell bedömning och att de inte kunde diskutera andra patienters tillstånd eller vårdplaner.

Alltid när det liksom... om det finns några patienter som har nolltolerans på avdelningen och kanske någon inte har det, och oftast kanske det då är de som har tvångsvård där man inte kan använda den här metoden... att det liksom, det kan ju triggas i avdelningen, att man ser, när man hör, att någon självskadar, att det då blir jobbigt, liksom, "varför har vissa detta och inte andra?" och "varför kan inte alla ha det?" och sådär.

Några respondenter uppgav att det förekommit tillfällen då personalen inte haft möjlighet att upprätthålla sin del av avtalet, det vill säga att hjälpa patienten hantera sitt

mående på annat sätt än att självskada, på grund av en allt för stor arbetsbelastning i relation till personalbeläggningen. På kvällar kunde de till exempel vara fyra personal per skift som utöver samtalsstöd till patienter som mådde dåligt även bland annat skulle servera mat, agera måltidsstöd, hjälpa patienter med behov av fysisk omvårdnad och övervaka de patienter som ordinerats intermittent eller kontinuerlig tillsyn. En respondent uppgav att hon trodde på ”nolltolerans” som metod men att tillämpningen skulle gynnas av högre bemanning än vad de för tillfället hade, och en annan respondent beskrev att patienterna under skift med jämförelsevis lägre bemanning kunde vara rädda att ta upp för mycket av personalens tid och därför dra sig för att be om hjälp.

Kvällar och helger är det minimalt med tid, tycker jag. Det kan jag tycka är det sorgliga i det, att vi är för lite personal för att fånga upp de här patienterna. Det kräver mycket tid, att patienten känner att jag som personal som sätter sig med dem inte ska vänta på att någon kallar på mig med detsamma, för då vågar de inte öppna upp. Jag upplever att de är rädda att ta för mycket tid, att lägga för mycket press på oss personal.

En respondent beskrev att tidsbristen även resulterade i att de inte kunde arbeta systematiskt med kedjeanalyser av problemsituationer för att kunna hjälpa patienterna att se samband i vad som ledde fram till behovet av att skada sig, något som även andra respondenter uppgav hade varit önskvärt. En annan respondent upplevde att det fanns brister i personalgruppens kompetens med avseende på kunskap om självskadebeteende samt förmåga att hjälpa patienter att se mönster i sitt beteende och hitta alternativa strategier för känsloreglering, något hon ansåg att man borde ha fokuserat på att utveckla i samband med att man började arbeta med ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende.

**Otydlighet i överenskommelsen om ”nolltolerans”.** Flertalet respondenter betonade att om ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende skulle fungera behövde det vara tydligt för patienterna vad det innebar och vilka ramar som gällde och det var viktigt att personalen var konsekvent i sitt tillvägagångssätt. Samtidigt präglades flera av beskrivningarna och framför allt den sammantagna bilden av otydlighet, vilket grundade sig i att utövandet av ”nolltoleransen” baserades på att läkare gjorde en bedömning av varje enskild patient och självskaideincident. I praktiken innebar detta att rationalen som gavs till patienterna inte alltid



överensstämde med hur metoden sedan tillämpades, då det trots allt förekom att patienter faktiskt inte skrevs ut efter att de skadat sig.

Det här med att när man har en regel, så... om man ska göra undantag, så är det ju inte längre riktigt en regel. Då får man vara tydlig med det också på något vis, och då lämnar man ju öppningar. Om jag säger såhär ”det är nolltolerans men om vi märker att du blir alldeles försämrad så kommer vi att behålla dig i alla fall”, då är frågan, vad ger man då för budskap till patienten? Och säger man ”om du skadar dig så blir du utskriven, vi kommer inte ta hänsyn till någonting, vi kommer bara att skriva ut dig”... då är man ju tydlig om man då håller det, men om då patienten är så himla dålig så att man är övertygad om att den ska ta livet av sig, då tror ju inte jag att det är någon läkare som skriver ut den patienten.

Hur villkoren för ”nolltoleransen” formulerades i vårdplanen kunde i sig leda till otydlighet och missförstånd. Personalen försökte vara så specifik som möjligt och anpassa reglerna till varje enskild patient, till exempel genom att lista de sätt att skada sig själv som patienten ifråga vanligen använde sig av, vilket kunde resultera i att vissa patienter utgick från att allt som inte stod nedskrivet var tillåtet och till exempel trodde att de fick använda sig av metoder för självskada som inte stod med i deras vårdplan. Ett annat missförstånd som hade varit ganska vanligt förekommande var att patienter uppfattat det som att ”nolltoleransen” endast gällde när de vistades på avdelningen, när den egentligen omfattade hela vårdperioden, och följaktligen självskadat när de varit på utevistelse eller haft permission eftersom de inte trott att det räknades. När missförstånd uppkom gjorde läkare enligt uppgift en bedömning av huruvida det kunde anses vara ett rimligt missförstånd och om det ansågs vara det kunde de se mellan fingrarna och välja att inte skriva ut patienten. En respondent uppgav dock att hon inte varit med om att någon fått stanna kvar på avdelningen efter ett sådant missförstånd, och ansåg att det vore fel att frångå överenskommelsen och att man istället borde be patienten söka igen och förtydliga vilka villkor som gällde. En annan respondent beskrev att det kunde leda till ett visst mått av frustration i personalgruppen när patienter gavs en andra chans efter att ha skadat sig, då personalen kunde uppleva det som att patienten försökte komma undan konsekvenserna av att ha brutit mot överenskommelsen.

De gångerna det hänt, med att... där patienten berättar att ”nej men jag missförstod det, jag trodde inte det gällde på permissioner”, till exempel, eller ”jag trodde inte det

gällde om jag skulle försöka hänga mig, det var kanske bara om jag skulle skära mig”, alltså så, att det kan bygga upp en liten frustration hos personalen. För ibland känns det bara som de försöker komma undan, lite, det här. Men det har ju aldrig varit så att de har fått hur många chanser som helst, utan det har blivit ett förtydligande på ett läkarsamtal och sedan är det det som gäller liksom.

En respondent beskrev att det inledningsvis alltid hade varit tydligt angivet i vårdplanen att patienten skulle be personalen om hjälp istället för att skada sig när den mår dåligt, men att detta förändrats den senaste tiden och att det nu ibland inte skrevs ned att patienten skulle ta hjälp av personalen även om det fortfarande betonades under läkarsamtalet. Några respondenter tog upp att det i vårdplanerna borde vara mer fokus just på vad patienten skulle göra istället för att skada sig.

Och att man kanske mer tydligt i samband med att man gör den överenskommelsen också pratar med patienten om vad de tänker själv kan vara hjälpsamt, som alternativ hjälp liksom... att man lägger lite mer tid och fokus på det. För jag tror att många patienter ändå har lite såhär ”ja men det blir ju jobbigt när jag tänker på det och det, och det är hjälpsamt att någon bara tar mig åt sidan och pratar om väder och vind, eller att jag får lov att gå ut på en promenad, för får jag inte gå ut på en promenad så mår jag skitdåligt”, alltså såhär, att man är mer nyfiken på vad som kan hjälpa patienten, och att det kanske ska vara lika tydligt i en vårdplan som att man inte får skada sig.

**”Nolltoleransens” etiska komplexitet.** Respondenterna beskrev att användandet av ”nolltolerans” gav upphov till flera etiskt komplexa frågor och situationer för dem. Flera respondenter ansåg visserligen att metoden var gynnsam för många patienter, bland annat eftersom självskadefria perioder ansågs leda till minskade skuld- och skamkänslor. En av respondenterna beskrev även att ”nolltoleransen” innebar att patienterna inte behövde känna att de var tvungna att självskada eller på andra sätt demonstrera att de inte var redo att bli utskrivna för att få stanna kvar på avdelningen. Samtidigt lyfte majoriteten av respondenterna fram att det fanns en risk att patienterna kunde uppfatta utskrivningarna efter att ha brutit mot överenskommelsen om ”nolltolerans” som en bestraffning, även om det inte var personalens intention, och att detta kunde tänkas leda till ilska, ökad skuld och/eller skam samt eventuellt självsador eller suicidförsök i anslutning till utskrivningen.

Flera av respondenterna upplevde just utskrivningarna som känslomässigt svåra ibland, till exempel när de var medvetna om att patienten som skrevs ut egentligen hade ett

behov av fortsatt vård. En respondent uttryckte osäkerhet rörande situationer där patienter med ”nolltolerans” skadat sig själva men hävdade att de gjort det i suicidsyfte. Vid tidpunkten för intervjuerna hade det inte förekommit några suicid i samband med ”nolltoleransen”, även om det relativt ofta hände att patienter skadade sig igen direkt efter att de blivit utskrivna, men det fanns likväl en rädsla för att detta skulle ske hos vissa av respondenterna.

Man skriver ju ut en patient som är väldigt upprörd och instabil. Och det är ju väldigt, väldigt svåra utskrivningar. Och det känns ju ofta som att... man är ju ofta orolig att just den patienten just då ska ta sitt liv. Hittills har det aldrig hänt.

En respondent ansåg att man ibland var alltför snabb med att ordinera ”nolltolerans” och berättade att ett par patienter inte hade kommit tillbaka till avdelningen efter att metoden ordinerats vid deras första vårdtillfällen där, varpå hon tänkte att utskrivningarna kanske hade avskräckt dem från att söka hjälp igen. Det uppgavs finnas en möjlighet för patienten att diskutera med läkaren om de inte kände att ”nolltoleransen” hjälpte dem, men ett par respondenter uttryckte tveksamhet rörande huruvida alla patienter verkligen klarade av att göra detta med tanke på deras problematik och maktobalansen mellan läkare och patient. Att det kunde upplevas alltför svårt för patienten att faktiskt be personalen om hjälp vid behov togs också upp av några respondenter, och en respondent beskrev att patienter till och med medvetet kunde vända sig till personal som ofta bemötte dem på ett invaliderande sätt i syfte att skapa en situation där det blev tillåtet för dem att skada sig. Några respondenter ansåg att det fanns en risk att patienter skulle börja skada sig i smyg eller utveckla andra destruktiva beteenden istället för att be personalen om hjälp med att hantera sina självskadeimpulser.

Att de kan skada sig i smyg, att de inte säger något eller... att det kan bli något farligt, tänker jag. Strypa sig, till exempel, lite grann, och så ta loss det själv, och så säger man ingenting. Och det är ju också sådär... är det självskada, åker man ut då? Och att de skrapar sig eller gör någonting i smyg, på benen eller... ja du vet sådär, och så säger man ingenting. Det blir ju också jättekonstigt, kan jag tycka. Det är som att smygröka, man smygröker för det blir inga konsekvenser av det. Eller så kan de ju få inflammerade sår och sådant om inte det tittas på. Sådant kan det ju vara, att de hittar andra... du vet, det är det här att om man förbjuder, eller vad man ska säga, så kan man kanske hitta andra sätt för att komma runt det.

En respondent beskrev att annan vårdpersonal, både på kliniken och i kommunen, liksom vissa patienter kunde vara negativt inställda till ”nolltoleransen” och anse att det var ett inhumant arbetssätt. Denna kritiska syn på metoden delades av en annan av respondenterna, som såg utskrivningen som en bestraffning och ansåg att det var orimligt att kräva att patienterna skulle kunna stå emot att skada sig eftersom självskadebeteendet fyllde en så viktig funktion för dem. Ett par respondenter tog även upp att metoden kunde verka svårbegriplig för patienters anhöriga, som kunde tänkas bli rädda och upprörda av att patienter blev utskrivna för att ha skadat sig själva när det var en av anledningarna till att de vårdades.

Jag tänker mig att det kan vara ganska klurigt för någon anhörig att förstå, liksom, om man har en anhörig som man upplever mår jättedåligt och att de skadar sig, och så blir de till slut inlagda och så tänker man ”gud vad bra”, och så får man höra att nu har personen i all hast blivit utskriven för att hon eller han skadat sig på avdelningen. Det hade ju varit bra om anhöriga hade fått information om varför man tänker så, för annars så tänker jag mig att det är jättesvårbegripligt och att man blir väldigt rädd och att man också tänker att vården inte hjälper en.

Å andra sidan jämförde ett par respondenter ”nolltoleransen” gentemot självskadebeteende med reglerna inom missbruksvården, där det tycktes vara mindre kontroversiellt att skriva ut patienter som till exempel drack alkohol eller tog droger när de vårdades för beroendeproblematik, trots att det även där fanns en risk att patienten efter utskrivningen skulle bli svårt skadad eller avlida som följd av till exempel en överdos.

### **Diskussion**

Den här studien har genom djupintervjuer undersökt hur tolv anställda på en klinik där ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende tillämpas inom den psykiatriska heldygnsvården upplever arbetet med metoden. Dessa intervjuer har resulterat i en relativt tydlig bild av metodens innebörd. Syftet med metoden uppges vara att få patienter att vända sig till personalen när de känner impulser att självskada. Enligt respondenterna ordinerar ”nolltolerans” vanligen av avdelningsläkare när patienter har ett långvarigt och svårbehandlat självskadebeteende, och oftast även en personlighetssyndromsdiagnos, samt uppfyller vissa lämplighetskriterier. Under läkarsamtalet ges patienterna en rational som går ut på att de kommer att skrivas ut om de skadar sig istället för att ta hjälp av personalen, eftersom de kommit dit frivilligt och heldygnsvården blir meningslös om personalen inte får lov att hjälpa

dem. Patienterna beskrivs kunna välja mellan att överenskomma om "nolltolerans", tacka nej till heldygnsvård alternativt försöka diskutera med läkaren. Det uppges att patienter som brutit mot överenskommelsen vanligen inte skrivs ut på jourtid utan endast efter att avdelningsläkaren haft ett utskrivningssamtal med dem samt att det betonas för patienterna att de är välkomna att söka igen.

I respondenternas beskrivningar av metoden framkommer vissa variationer i hur metoden tillämpas, främst med avseende på möjligheten att göra undantag från reglerna och när detta kan anses lämpligt. Respondenterna ger uttryck för olika åsikter om hur flexibel respektive konsekvent man bör vara i tillämpningen av "nolltolerans". Det uppges att läkare gör en individ- och situationsspecifik bedömning av huruvida ett undantag ska göras när tveksamma situationer uppstår samt att det ibland händer att "nolltoleransen" tas bort om patienter blir betydligt försämrade.

"Nolltolerans" gentemot självskadebeteende påminner om andra former av positivt risktagande såsom "no suicide contracts" (Drew, 2001), "no harm contracts" (O'Donovan, 2007) och "safety agreements" (Potter et al., 2005), med den betydande skillnaden att det vid dessa interventioner antingen inte tycks förekomma (Drew, 2001; Potter et al., 2005) eller inte tydliggörs huruvida (O'Donovan, 2007) patienter skrivs ut som följd av att ha brutit mot överenskommelsen. I det avseendet liknar överenskommelsen om "nolltolerans" snarare de kontrakt som används i BI (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017).

Utöver metodbeskrivningen har även fem teman baserade i respondenternas subjektiva upplevelser av arbetet med metoden framkommit under analysen av intervjuerna: *"Nolltolerans" som alternativ till tillsyn och tvång*, *"Nolltolerans" som ett sätt att främja ansvarstagande och samarbete*, *"Nolltolerans" och upplevelsen av trygghet på avdelningen*, *Otydlighet i överenskommelsen om "nolltolerans"* samt *"Nolltoleransens" etiska komplexitet*. Dessa teman diskuteras här närmare och kopplas till teorier samt tidigare forskning i syfte att uppnå en djupare förståelse av respondenternas upplevelser av arbetet med metoden och metodens påverkan på deras arbetssituation.

### **"Nolltolerans" som alternativ till tillsyn och tvång**

Majoriteten av respondenterna beskriver sina upplevelser av tillämpningen av "nolltolerans" i relation till sina upplevelser av utövandet av mer traditionella riskhanteringsåtgärder i den psykiatriska heldygnsvården, såsom tvångsåtgärder och övervakning. Många respondenter beskriver hur sådana riskhanteringsåtgärder ibland kan

vara nödvändiga under korta perioder, men att de upplever att de kränker patientens integritet och kan vara direkt destruktiva om de tillämpas under längre perioder. Denna beskrivning är i linje med tidigare forskningsresultat som visar på att kontinuerlig övervakning ofta upplevs negativt av personal och patienter och i värsta fall kan leda till ökade risker för patienternas liv och hälsa (Breeze & Repper, 1998; Cardell & Rogers Pitula, 1999; O'Donovan, 2007) samt att långvarig kontinuerlig övervakning inte är en effektiv metod för att förhindra självskaideincidenter (Bowers et al., 2008). Även tvångsåtgärder beskrivs ofta negativt av patienter (Ejneborn Looi et al., 2015; Eriksson & Åkerman, 2012). Flertalet respondenter upplever därför "nolltolerans" som ett jämförelsevis hjälpsamt tillvägagångssätt för att främja patienternas tillfrisknande. Undvikandet av kontinuerlig övervakning och tvångsåtgärder kan tänkas bidra till att vårdpersonalen får bättre förutsättningar att bygga och upprätthålla en god allians med patienten (Morrissey et al., 2018).

"Nolltoleransen" beskrivs ge patienterna en valmöjlighet som inte existerar när personalen väljer att applicera övervakning eller tvångsåtgärder, vilket kan ses som ett försök att lämna över kontrollen över vårdprocessen till patienten i syfte att bevara deras integritet och autonomi (Lindberg et al., 2014). I praktiken tycks patientens valmöjlighet dock ofta bestå av att antingen vårdas med "nolltolerans" eller nekats heldygnsvård och mot bakgrund av detta ser en av respondenterna inte metoden som ett alternativ till tvångsåtgärder utan snarare som en annan form av tvångsåtgärd. I de fall där patienter delar denna syn på metoden är det troligt att den snarare kan tänkas ha en negativ inverkan på deras upplevelse av autonomi (Lindberg et al., 2014) samt på deras allians med personalen (Morrissey et al., 2018).

Även om "nolltolerans" av de flesta respondenterna anses vara mer fördelaktig än traditionella riskhanteringsåtgärder beskrivs det finnas patientfall där metoden inte fungerar eller inte kan tillämpas på grund av att tvångsvård är så frekvent förekommande. Två faktorer beskrivs som nödvändiga för att "nolltolerans" ska kunna fungera; motivation, vilket av uppenbara skäl inte kan anses föreligga när en patient vårdas mot sin vilja, och färdigheter att stå emot självskaideimpulser. En respondent beskriver att om sådana färdigheter saknas leder vård med "nolltolerans" endast till att patienten gör sitt bästa men ändå inte lyckas låta bli att skada sig, blir utskriven, skadar sig igen och sedan kommer tillbaka till avdelningen, ofta enligt LPT. Personalen brukar vanligen ge upp försöken med "nolltolerans" i sådana situationer när de inser att de tilltrött en patient en förmåga som den faktiskt inte besitter, och behöver då falla tillbaka på traditionella riskhanteringsåtgärder. Förekomsten av sådana

felaktiga bedömningar kan anses exemplifiera nödvändigheten i att som vårdpersonal ha god kännedom om en patients tillstånd och förmågor i tillämpningen av positivt risktagande (Morgan, 2004) och möjligtvis indikera att större fokus bör läggas på att utforska patientens färdigheter innan beslut om ordination av ”nolltolerans” fattas.

En annan respondent uppger att det finns en liten patientgrupp med särskilt svårt självska debeteende där man under flera års tid upplevt att heldygnsvård resulterar i att deras självska debeteende eskalerar tills det blir ohanterligt för personalen, och vare sig ”nolltolerans” eller traditionella riskhanteringsåtgärder hjälper. I vården av dessa patienter måste personalen således välja mellan två onda ting: antingen ”nolltolerans” med resulterande utskrivningar eller tvångsåtgärder och kontinuerlig övervakning under långa perioder medan patientens tillstånd försämras som ett resultat av dessa åtgärder. ”Nolltolerans” anses vara det minst destruktiva alternativet, men respondenten upplever det som känslomässigt svårt att applicera metoden på dessa patienter när hon vet att de egentligen inte har tillräcklig förmåga att motstå sina självska deimpulser under någon längre tid. Behandlingen av denna lilla patientgrupp utgör således ett svårt dilemma för den psykiatriska heldygnsvården, då samtliga tillvägagångssätt medför negativa upplevelser både för patienterna och för personalen.

### **”Nolltolerans” som ett sätt att främja ansvarstagande och samarbete**

Många respondenter upplever att de ofta inte ges möjlighet att utföra betydelsefulla aspekter av sitt yrke, såsom att genom samarbete med patienterna förebygga självska deincidenter samt hjälpa dem att successivt bli mindre beroende av vården, när patienter med självska debeteende vårdas utan en överenskommelse om ”nolltolerans” gentemot självska debeteende. Det uppges vara vanligt förekommande att patienter inte tar hjälp av personalen för att hantera självska deimpulser utan istället väntar med att tillkalla personal tills de redan har skadat sig. Personalen får då ta på sig ansvaret för patientens säkerhet genom att försöka förutse och förhindra självska deincidenter. Att på så sätt försöka skydda patienterna från sig själva uppges kunna leda till att de blir osjälvständiga, eftersom de inte utvecklar sin förmåga att reglera känslor på andra sätt, samt till att de blir mindre villiga eller kapabla att ta ansvar för sitt eget välbefinnande då de vänjer sig vid att personalen tar det ansvaret. Heldygnsvården blir då inte enbart meningslös, såsom det beskrivs i rationalen för ”nolltolerans”, utan på sikt även skadlig för patienterna.

När patienternas försök att skada sig möter personalens försök att hindra dem från att göra det beskrivs vården kunna bli en maktkamp snarare än ett samarbete kring patientens

tillfrisknande. Då det tycks föreligga ett samband mellan yttre kontroll-lokus och pågående självskadebeteende (Wester et al., 2016) kan denna maktkamp bli förståelig utifrån en syn på självskadehandlingar som ett sätt för patienten att försöka återfå en upplevelse av att ha kontroll över någon aspekt av sin tillvaro, varpå personalens försök att hindra dem kan tänkas upplevas som försök att ta ifrån dem den kontrollen.

Respondenterna beskriver upplevelser av frustration, hjälplöshet och uppgivenhet när patienter inte vill samarbeta med dem kring förebyggande av självskadeincidenter och uppger att de därför upplever sitt arbete som mer givande när patienter har ”nolltolerans” och således måste bli mer delaktiga i vårdprocessen genom att kontakta personal när de känner impulser att självskada. Metoden upplevs även ha positiva effekter på patienternas grad av självständighet eftersom de genom att ta hjälp av personalen lär sig att använda sig av strategier för att på egen hand kunna stå emot självskadeimpulser, vilket de sedan har nytta av även efter att vårdtillfället avslutats. Denna beskrivning kan tolkas som att patienternas upplevda självförmåga (Bandura, 1977) att motstå självskadeimpulser och reglera känslor på andra sätt än att självskada eventuellt ökar, och möjligen även deras upplevda självförmåga till hjälpsökande, vilket kan anses vara en viktig förmåga att träna upp då patientgruppen kan uppvisa svårigheter relaterade till att känna att de är värda hjälp och söka hjälp i tid (Helleman, 2018). Hjälpsökande i situationer som man upplever som ohanterliga kan även ses som en form av adaptiv problemlösning vilket visat sig vara ett område där personer med självskadebeteende tenderar att ha låg upplevd självförmåga (Nock & Mendes, 2008).

Till viss del kan även respondenternas upplevelser av arbetet med metoden som beskrivs i detta tema förstås utifrån upplevd självförmåga (Bandura, 1977). Att frekvent inte ges möjligheten att utöva betydelsefulla aspekter av sitt yrke samt att upprepade gånger bli överlistad av patienter när ens uppgift är att övervaka dem och hindra dem från att skada sig kan tänkas bidra till en minskad upplevd förmåga att utföra sitt arbete på ett adekvat sätt, vilket stöds av att sjuksköterskor i en tidigare studie beskriver att de kan uppleva sina patienters återfall i självskadebeteende som personliga misslyckanden (Toftagen et al., 2014). Således är det förståeligt att en metod som motverkar sådana negativa upplevelser för personalen blir uppskattad. Utifrån detta skulle det kunna tänkas finnas en risk att personal på avdelningar där denna typ av metod används kan komma att tillämpa ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende utan att nödvändigtvis ha uttömt andra möjliga behandlingsalternativ först. Patienter har i en tidigare studie beskrivit upplevelser av att åtgärder används



rutinmässigt av personal utan att de övervägt andra alternativ (Ejneborn Looi et al., 2015). Det kan därför anses finnas skäl att tillämpa ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende på ett mer strukturerat sätt, till exempel med kontinuerliga utvärderingar och regelbundna reflekterande samtal om hur och varför det appliceras, för att undvika att ”nolltolerans” ordineras därför att det är en föredragen arbetsmetod för personalen snarare än att det bedöms vara det bästa alternativet för en viss patient. Sådana samtal skulle även kunna tänkas innebära en möjlighet för personalen att hjälpa varandra hantera de svåra känslor som respondenterna beskriver att de kan uppleva i relation till patienterna, då sjuksköterskor i en tidigare studie beskriver kollegialt stöd som en viktig faktor för att orka arbeta med patienter med självskadebeteende (Wilstrand et al., 2007).

### **”Nolltolerans” och upplevelsen av trygghet på avdelningen**

Respondenterna upplever att ”nolltoleransen” gör avdelningen till en tryggare plats att vara på då självskadeincidenter blivit mindre vanligt förekommande, men de beskriver även flera upplevda hinder för upprätthållandet av trygghet för patienterna. Att det sker färre självskadeincidenter upplevs bidra till tryggheten på avdelningen dels för att det kan vara känslomässigt påfrestande för såväl patienter som personal att bevittna, vilket för personalens del upplevs kunna leda till minskat engagemang i sitt arbete, och dels för att sådana incidenter är tidskrävande varpå personalen får svårt att hinna med de övriga aspekterna av sitt arbete.

Tidsbrist på grund av en diskrepans mellan personaltäthet och arbetsbörda upplevs dock fortfarande vara ett problem enligt några av respondenterna, inte minst i tillämpningen av ”nolltolerans” eftersom metoden kräver att patienterna uppfattar personalen som tillgängliga så att de vågar be dem om hjälp när de känner ett behov av att skada sig samt att personalen kan uppfylla sin del av överenskommelsen och hjälpa patienterna igenom sin ångest oavsett hur lång tid det tar. Det uppges även att personalen saknar resurser för att arbeta förebyggande på ett systematiskt sätt genom exempelvis kedjeanalyser, och en respondent upplever att det finns brister i personalgruppens kompetens angående hur man bör arbeta med självskadeproblematik. Detta är problematiskt eftersom det finns ett samband mellan personaltäthet samt personalkvalifikationer och antal självskadeincidenter samt suicidförsök på heldygnsvårdsavdelningar (Bowers et al., 2008), varpå man kan tänka sig att ”nolltoleransens” effektivitet och även patienternas subjektiva upplevelser av metoden sannolikt är avhängig bemanningen på avdelningen samt personalens kompetens. Att så skulle vara fallet indikeras av respondenternas uppgifter. En respondent beskriver särskilt sorg över

personalens oförmåga att fånga upp patienter som mår dåligt under skift med lägre bemanning såsom på kvällar och helger. Då självskadeincidenter oftast sker på kvällen (James et al., 2012) förefaller detta vara en sårbarhetsfaktor i tillämpningen av ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende.

Även om antalet självskadeincidenter har minskat går det inte att eliminera dem helt eftersom det finns ett flertal skäl till att samtliga patienter på avdelningen inte kan ha ”nolltolerans”, som till exempel tvångsvård, bristande förmåga till konsekvenstänkande och pågående medicinska behandlingar. Det framkommer av respondenternas berättelser att självskadeincidenter kan vara påfrestande för de patienter som ordinerats ”nolltolerans” eftersom det kan upplevas orättvist och även vara triggande. Att självskadeincidenter på heldygnsvårdsavdelningar kan ha en triggande eller smittande effekt på övriga patienter med självskadebeteende framkommer även av tidigare studier (Beasley, 1999; Beck et al., 2018; Weber, 2002). Å ena sidan kan det således anses positivt om ”nolltoleransen” leder till att frekvensen av självskadeincidenter minskar och samtliga patienter på avdelningen därmed utsätts för färre triggers, men det kan också anses problematiskt att patienterna med ”nolltolerans” förväntas klara av att avstå från att självskada när de befinner sig i en miljö där sådana triggers likväl förekommer, i synnerhet i relation till att personalen inte alltid har resurser eller kompetens för att hjälpa dem hantera sina självskadeimpulser på ett adekvat sätt.

Patienter ska enligt respondenterna visserligen inte bli utskrivna om de bett om hjälp och personalen inte haft tid att hjälpa dem, men då en respondent beskriver att patienter kan vara rädda att belasta personalen kan man föreställa sig att det troligen skulle vara svårt för dessa patienter att överhuvudtaget förmå sig att be om hjälp med sina egna självskadeimpulser i en situation där personalen är upptagen med att hantera de omedelbara följderna av någon annan patients självskadehandling. Huruvida möjligheten att sådana situationer kan inträffa diskuteras när ”nolltolerans” ordinerats framgår inte av respondenternas beskrivningar av metoden, men man kan tänka sig att det vore värdefullt för patienterna att i förväg ges möjlighet att prata igenom eventuella upplevda svårigheter att hålla sig till överenskommelsen i samband med självskadeincidenter på avdelningen och tillsammans med personalen planera hur de kan hantera det om det skulle ske.

### **Otydlighet i överenskommelsen om ”nolltolerans”**

Trots att majoriteten av respondenterna anser att det är viktigt med tydlighet rörande vilka villkor som ska gälla för ”nolltoleransen” och hur metoden ska tillämpas förefaller ett

visst mått av otydlighet vara ofrånkomligt på grund av den psykiatriska vårdens natur, då förändringar av patienters psykiska tillstånd kan komma att kräva förändringar i vårdpersonalens behandlingsupplägg. Som en respondent poängterar är det tveksamt om det vore genomförbart eller konstruktivt att vara fullkomligt tydlig i diskussionen med patienterna angående alla tänkbara anledningar till att en läkare kan välja att göra undantag från ”nolltoleransen” i olika hypotetiska situationer. Att berätta för en patient att överenskommelsen kan komma att upphöra att gälla om denne skulle bli kraftigt försämrad skulle till exempel kunna tänkas resultera i att patienten ifråga senare gjorde något drastiskt i hopp om att anses tillräckligt försämrad för att bli av med ”nolltoleransen”, baserat på hur patienter med erfarenhet av psykiatrisk heldygnsvård beskriver att de ibland skadat sig för att anses tillräckligt sjuka för att undvika en utskrivning (Eriksson & Åkerman, 2012) samt att de ljugit för vårdpersonalen om sin suicidbenägenhet i syfte att slippa konstant övervakning (Cardell & Rogers Pitula, 1999). Även om vårdpersonalen inte berättar detta för patienterna kvarstår dock denna risk med tanke på att de kan tänkas få vetskap om att sådana undantag kan göras från andra patienter när de diskuterar sina respektive erfarenheter.

Risken att patienter genom samtal med varandra kan tänkas upptäcka möjliga kryphål i reglerna för ”nolltoleransen” existerar även i relation till de undantag som flera respondenter uppger kan göras när patienter missförstår villkoren för överenskommelsen och till exempel tror att de får lov att skada sig under utevistelser eller att det är tillåtet att använda sig av metoder för självskada som inte är specificerade i deras vårdplan. Den frustration som en respondent beskriver kan uppstå i personalgruppen när patienter ges en andra chans i samband med sådana missförstånd kan utöver upplevelsen av att patienter ibland bara försöker komma undan konsekvenserna även tänkas vara relaterad till medvetenheten om att andra patienter eventuellt kan få vetskap om att personalen gjort ett undantag från reglerna med en viss patient, och att personalen således kan komma att hamna i en situation där det blir svårare för dem att argumentera för varför de inte kan eller vill göra ett undantag med en annan patient.

Samtidigt som ett visst mått av otydlighet i villkoren för ”nolltolerans” tycks vara oundvikligt framkommer det dock aspekter som skulle kunna göras tydligare för att minska risken för att missförstånd ska uppkomma. Att såsom respondenterna beskriver specificera de självskademetoder som en patient vanligen använder i deras vårdplan, när överenskommelsen faktiskt gäller alla former av självdestruktiva beteenden, förefaller till exempel vara onödigt förvirrande för patienterna. Det kan även tänkas att alla patienter inte kommer ihåg allt som

sågs under ett läkarsamtal varpå det framstår som problematiskt att en respondent beskriver att det på senare tid inte alltid står med i vårdplanen att det ingår i överenskommelsen om ”nolltolerans” att patienten ska söka hjälp hos personalen när den mår dåligt. Några respondenter tar även upp att de tycker att det vore önskvärt om vårdplanen hade ett större fokus på vad patienten kan göra för att hantera sina självskadeimpulser och hur personalen kan hjälpa dem med detta, vilket skulle göra överenskommelsen om ”nolltolerans” mer lik ”safety agreements” (Potter et al., 2005) eller de kontrakt som används i BI (Liljedahl, Helleman, Daukantaité & Westling, 2017) och troligen bidra till att stärka patienternas upplevelse av autonomi då det skulle innebära att de blev mer involverade i processen (Lindberg et al., 2014).

Respondenterna uppvisar överlag en varierande medvetenhet om hur deras kollegor på kliniken uppfattar och förhåller sig till ”nolltoleransens” villkor. I vissa fall har respondenter uttryckt en medvetenhet om att deras egen uppfattning skiljer sig från majoritetens, men det har även förekommit att olika respondenter gett motsägelsefulla uppgifter om till exempel hur specifika situationer som kan uppkomma i samband med tillämpningen av ”nolltolerans” vanligen brukar hanteras, utan att de indikerat att annan personal brukar hantera situationerna ifråga annorlunda. Således tycks det i viss utsträckning saknas en dialog och samstämmighet mellan personalen på kliniken angående hur ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende i heldygnsvården ska tillämpas, vilket i sig kan tänkas leda till att patienternas upplevelse av metoden blir mer otydlig och mindre begriplig. Då patienter beskriver negativa erfarenheter av inkonsekvens i vården (Eriksson & Åkerman, 2012) och lyfter fram förutsägbarhet som en av de aspekter av BI som de uppskattar (Helleman et al., 2018) förefaller det rimligt att en samstämmig personalgrupp är en förutsättning för att metoden ska kunna fungera väl.

### **”Nolltoleransens” etiska komplexitet**

Respondenterna beskriver att de upplever ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende som hjälpsamt för många patienter, bland annat därför att metoden ses som ett sätt att göra det tillåtet att vara självskadefri på avdelningen utan rädsla för att bli utskriven samt därför att perioder utan självskador upplevs gynna patienternas välbefinnande, men uttrycker också osäkerhet och oro rörande olika etiska aspekter av tillämpningen av metoden, däribland risken att patienter kan skada sig i smyg, risken att patienter kan uppleva att de blir bestraffade när de skrivs ut efter att ha självskadat samt bedömningen av suicidrisk. Det beskrivs även att respondenterna ibland upplever utskrivningarna i samband med ”nolltolerans” som

känslomässigt svåra samt att vårdpersonal, inklusive en respondent i denna studie, och även patienter och anhöriga kan uppfatta metoden som inhuman eftersom patienter blir utskrivna för att de använder sig av den destruktiva copingstrategi som är en av anledningarna till att de är i behov av heldygnsvård. Utöver frågan om huruvida ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende är etiskt försvarbart med avseende på patienternas situation väcker detta även frågor om huruvida det är etiskt riktigt att vårdpersonal ska behöva tillämpa en metod som de anser är skadlig för patienterna eller alltför känslomässigt krävande för dem själva. Vid tillämpningen av andra former av positivt risktagande inom heldygnsvård har det beskrivits att viss personal av etiska skäl valt att avstå, men då har det inneburit att patienternas behandling blivit inkonsekvent (James et al., 2017).

Risken för att patienter ska skada sig i smyg kan tänkas vara kopplad till patientens skäl för att ingå överenskommelsen, det vill säga om de håller med om rationalen för varför ”nolltoleransen” kan vara gynnsam för dem eller om de egentligen inte håller med men upplever att de inte har något annat att välja på. Respondenterna uppger visserligen att patienter har möjlighet att diskutera med läkaren om de inte känner sig hjälpta av ”nolltoleransen”, samt att det förekommit fall där man valt att inte ordinera ”nolltolerans” igen eftersom patienten uppgett att den tidigare blivit triggad av det, men sådana beslut baseras precis som övriga beslut rörande tillämpningen av metoden på läkarens subjektiva bedömning och ett par respondenter uttrycker att alla patienter kanske inte upplever sig ha förmåga att argumentera med någon i en maktposition. Det kan tänkas att patienter kanske inte vågar protestera av rädsla för att inte bli tagna på allvar eller kanske till och med bli nekade vård, i synnerhet om de inte har en god allians med läkaren. Överenskommelser som bygger på upplevt tvång skulle troligen innebära att risken för att patienten ifråga sedan skulle skada sig i smyg för att undvika utskrivning ökade, mot bakgrund av att patienter i en tidigare studie beskriver att de skadat sig i smyg för att undvika att utsättas för tvångsåtgärder (Ejneborn Looi et al., 2015). Några respondenter uttrycker oro för att detta skulle kunna hända och det skulle kunna innebära en ökad risk för patientens hälsa om de på grund av rädsla för utskrivning avstår från att meddela personal om följder av självskadan som egentligen skulle behöva ses över av kvalificerad vårdpersonal.

En god allians mellan patient och personal förefaller generellt vara en viktig komponent om ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende ska kunna fungera på ett sätt som minimerar risken för att patienter ska fara illa. För att positivt risktagande ska kunna utövas på

ett förhållandevis säkert sätt behöver vårdpersonal känna de patienter där ett sådant förhållningssätt tillämpas väl och ha tillräcklig kunskap om deras historik, aktuella tillstånd och förmåga till exempelvis konsekvenstänkande och impuls kontroll (Morgan, 2004). Om en patient inte har en god allians med läkaren som gör bedömningen om huruvida ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende ska tillämpas under ett vårdtillfälle är det tänkbart att patienten inte vågar vara tillräckligt öppen och ärlig under samtalet för att läkaren ska kunna göra en korrekt bedömning av deras aktuella tillstånd med avseende på generell lämplighet samt suicidrisk och det är även mer troligt att läkaren kan komma att göra en felaktig bedömning om den inte känner patienten ifråga. Mot bakgrund av detta förefaller det vara etiskt problematiskt att ordinera ”nolltolerans” till patienter som är helt nya på kliniken, vilket uppges förekomma, eftersom läkaren då inte haft tid att bygga upp en god allians med patienten. En respondent beskriver även att ett par patienter som ordinerats ”nolltolerans” vid sina första vårdtillfällen på kliniken inte återkommit sedan de blev utskrivna och eventuellt kan ha blivit avskräckta från att söka hjälp igen.

Patienten måste även ha en god allians med den övriga personalen för att våga be om hjälp och prata om sitt mående. Några respondenter beskriver att det ibland kan vara alltför svårt för patienter att be om hjälp när de mår dåligt och en respondent uppger att patienter medvetet kan vända sig till personal som de upplever ger ett mindre gott bemötande i syfte att komma runt reglerna för ”nolltoleransen”. Med tanke på den psykiatriska heldygnsvårdens nuvarande tillstånd, med hög personalomsättning (Olsson, 2015) samt resurspersonal som inte känner patienterna lika väl som ordinarie personal och ibland saknar information om vilka riktlinjer som gäller på en viss avdelning eller för en viss metod (Helleman et al., 2018), är förutsättningarna för att patienter alltid ska ha tillgång till vårdpersonal som de känner tillit till och som i sin tur känner patienterna tillräckligt väl för att kunna identifiera tecken på försämrat mående samt veta hur de ska bemöta dem på ett hjälpsamt sätt inte optimala.

En central risk vid tillämpningen av ”nolltolerans” som majoriteten av respondenterna tar upp är att patienter, även om de frivilligt gått med på överenskommelsen, kan uppleva den faktiska utskrivningen till följd av att ha självskadat som en bestraffning. Denna risk blir särskilt allvarlig i relation till att det enligt respondenternas beskrivningar tycks föreligga en viss inkonsekvens i hur metoden utövas, då det rimligtvis kan tänkas bli ännu mer sannolikt att en patient tar en sådan utskrivning personligt om de känner till att andra patienter som självskadat medan de haft ”nolltolerans” av någon anledning ändå har fått stanna på

avdelningen. Möjligtvis kan denna risk minskas något genom en god allians med läkaren som håller i inskrivnings- och utskrivningssamtalen och en öppen diskussion kring patientens upplevelse av utskrivningen samt läkarens skäl till att inte göra ett undantag, men att helt eliminera risken att patienter åtminstone på kort sikt ska känna sig bestraffade av vården är troligen inte möjligt. Flera av respondenterna anser att patienter som upplever sig ha blivit bestraffade kan komma att uppleva ökade skuld- och skamkänslor samt ilska gentemot vården och kanske skada sig allvarligt eller suicidera som en följd av detta.

Lindberg et al. (2014) beskriver ansvarstagande för konsekvenserna av sina handlingar som en essentiell aspekt av rekonstrueringen av en patients autonomi, så det behöver inte per automatik vara negativt för en patient att skrivas ut som en konsekvens av självskadehandlingar förutsatt att patienten ifråga är införstådd med varför läkaren anser att det vore mer destruktivt för dem att förbli inlagd och håller med om det resonemanget. Dock är det omöjligt att förhindra att vissa patienter kan komma att uppleva en försämring av sitt mående och eventuellt känna sig svikna av vården, skada sig allvarligt eller försöka suicidera. Huruvida det är värt att ta risken att patienten på kort sikt försämras i syfte att på lång sikt främja deras autonomi (Lindberg et al., 2014) och välbefinnande är det svåraste etiska dilemmat som ”nolltolerans” gentemot självskadehandlingar ger upphov till.

### **Slutsats**

Sammanfattningsvis framkommer en bild av en metod som många respondenter tycks uppleva som det minst dåliga tillvägagångssättet personalen inom den psykiatriska heldygnsvården på kliniken har tillgång till för att hantera en specifik patientgrupp, patienter med långvarigt och svårbehandlat självskadebeteende, eftersom traditionella riskhanteringsåtgärder ofta upplevs vara ineffektiva eller destruktiva. ”Nolltolerans” gentemot självskadebeteende beskrivs syfta till att göra heldygnsvården för den här patientgruppen mer meningsfull. Genom att skriva ut patienter när de självskadar istället för att be om hjälp med att motstå impulsen försöker man motivera dem till att samarbeta med personalen för att hitta alternativa strategier. På så sätt hoppas man undvika att patienternas självskadebeteende stagnerar eller eskalerar under tiden de vårdas inneliggande. Metoden uppvisar vissa likheter med andra former av positivt risktagande men även betydande skillnader.

”Nolltolerans” gentemot självskadebeteende upplevs av flertalet respondenter hjälpa många av de patienter som det tillämpas på genom att främja ansvarstagande och självständighet samt göra personalens arbete mer givande då de får fler möjligheter att arbeta

förebyggande tillsammans med patienterna. Dock kan metoden bli svår att utöva på grund av otydligheter och bedömningssvårigheter, praktiska begränsningar och etiska dilemman. Den fungerar inte heller för alla patienter med självskadebeteende och det förekommer att respondenter ger uttryck för en kritisk syn på olika aspekter av metoden eller metoden som helhet, främst på grund av möjligheten att patienter kan känna sig bestraffade och de risker detta medför.

Respondenternas upplevelser sammanfattas i fem teman; *"Nolltolerans" som alternativ till tillsyn och tvång*, *"Nolltolerans" som ett sätt att främja ansvarstagande och samarbete*, *"Nolltolerans" och upplevelsen av trygghet på avdelningen*, *Otydlighet i överenskommelsen om "nolltolerans"* samt *"Nolltoleransens" etiska komplexitet*. Dessa teman bedöms fånga centrala aspekter av respondenternas upplevelser av arbetet med metoden. Samtidigt som de beskriver sina egna upplevelser och erfarenheter av metodens påverkan på deras arbetssituation kretsar respondenternas berättelser i stor utsträckning kring hur deras patienter påverkas eller kan tänkas påverkas. Frågan är huruvida de upplevda vinsterna med "nolltolerans" gentemot självskadebeteende överväger riskerna, och denna fråga kan inte besvaras utan att patienter får ge sin bild av hur de upplever metoden.

### **Metoddiskussion**

Då detta är en explorativ kvalitativ studie syftar den inte till att uppnå generaliserbarhet rörande hur "nolltolerans" gentemot självskadebeteende tillämpas inom den psykiatriska heldygnsvården eller upplevs av övrig personal, utan endast till att undersöka hur metoden beskrivs och upplevs av respondenterna för att ge en fingervisning om aspekter som kan vara relevanta att beakta i framtida studier. Likväl kan det förhållandevis stora antalet respondenter samt det faktum att de representerar flera olika yrkeskategorier anses vara en av denna studies styrkor, då det har inneburit att respondenterna kunnat bidra med ett flertal olika perspektiv på metoden.

Den tematiska analysen har genomförts i enlighet med Braun och Clarkes (2006) riktlinjer, med undantag för att elva av intervjuerna kodats utifrån ljudfiler istället för att transkriberas mot bakgrund av Kvale och Brinkmanns (2014) resonemang samt Wainwright och Russells (2010) beskrivning av ljudkodning i NVivo. Även detta kan anses vara en styrka då ljudkodningen inneburit att materialet hållits levande för författaren under analysprocessen i högre grad än vid analys av transkriberade intervjuer, genom bibehållandet av informationsbärande aspekter såsom respondenternas tonfall (Kvale & Brinkmann, 2014).



Intervjuerna har utgått från en semi-strukturerad intervjuguide då det bedömts vara lämpligt för studiens syfte (Langemar, 2008).

Möjligen kan intervjuerna tänkas ha påverkats av författarens professionella koppling till kliniken som blev föremål för studien, även om författaren har försökt begränsa eventuell påverkan i den utsträckning det varit möjligt genom att inta en icke-vetande position under intervjuerna samt reflektera över sin förförståelses inverkan på analysen.

Att majoriteten av intervjuerna genomfördes i klinikens lokaler under eller i anslutning till respondenternas arbetstid var praktiskt nödvändigt, men inte idealiskt då det vid några tillfällen förekom att respondenter var stressade, antingen på grund av sådant som inträffat innan intervjun eller för att de hade något inbokad efteråt, eller trötta. Tre av intervjuerna fick dessutom pausas på grund av yttre störningsmoment. Detta bedöms dock inte ha haft någon större inverkan på intervjuernas kvalitet då de i samtliga fall snabbt kunde återupptas.

### **Etikdiskussion**

På grund av ”nolltoleransens” etiskt känsliga karaktär och respondenternas arbetssituation har författaren medvetet valt att utelämna potentiellt identifierande uppgifter om respondenterna såsom ålder och antal yrkesverksamma år samt att presentera resultaten så anonymt som möjligt. Samtliga uppgifter om respondenterna samt analysmaterialet har hanterats konfidentiellt och studiens upplägg har granskats av Regionala etikprövningsnämnden i Lund för att säkerställa att respondenterna inte på något sätt kunde tänkas komma till skada i samband med studiens genomförande. Respondenterna har även haft möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande i studien.

### **Framtida forskning**

Eftersom ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende med största sannolikhet tillämpas på olika sätt på olika avdelningar och kliniker vore det värdefullt om fler studier gjordes för att kartlägga olika versioner av metoden och deras styrkor och svagheter. Kvantitativa studier bör också göras för att undersöka de faktiska, snarare än upplevda, effekterna av metoden på till exempel frekvens av självskadeincidenter under tiden patienter vårdas inneliggande samt efter utskrivning. Även metodens effekter på patienternas autonomi (Lindberg et al., 2014), upplevda självförmåga (Bandura, 1977) och kontroll-lokus (Rotter, 1966) bör studeras i syfte att utforska de hypoteser som diskuteras i den här studien.

Patienternas subjektiva upplevelser av ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende behöver naturligtvis också undersökas; särskilt med avseende på upplevelsen av valmöjlighet

och möjlighet till diskussion när överenskommelsen görs, hur de upplever personalens bemötande och förmåga att hjälpa dem med strategier för att kunna stå emot behovet att självskada samt upplevelsen av att bli utskriven som följd av självskadehandlingar.

Det vore även önskvärt att jämföra ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende med andra alternativa metoder för att hantera självskadebeteende inom heldygnsvården, så som till exempel skadereducering (James et al., 2017), både vad gäller metodernas effekt på självskadefrekvensen samt personalens och patienternas upplevelser av dem.

## Referenser

- 1177 Vårdguiden. (u.å.). *Att skada sig själv*. Hämtad 13 november 2018 från <https://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Sjalvskadebeteende---att-skada-sig-sjalv/>
- Agich, George. (2009). Key Concepts: Autonomy. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, *1*(4), 267-269. doi:10.1353/ppp.0.0105.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Beasley, S. (1999). Deliberate self harm in medium security. *Nursing Management*, *6*, 29–33.
- Beck, N.C., Tubbesing, T., Lewey, J.H., Ji, P., Menditto, A.A. & Robbins, S.B. (2018). Contagion of violence and self-harm behaviors on a psychiatric ward. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *29*(6), 989-1006. doi:10.1080/14789949.2018.1516230
- Birch, S., Cole, S., Hunt, K., Edwards, B. & Reaney, E. (2011). Self-harm and the positive risk taking approach. Can being able to think about the possibility of harm reduce the frequency of actual harm? *Journal of Mental Health*, *20*(3), 293–303. doi:10.3109/09638237.2011.570809
- Bjärehed, J. & Åkesson, A. (2015). *Behandling av självskadande patienter i heldygnsvård: fynd från forskningen*. Hämtad från <http://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/08/supplementrapport-heldygnsvard-20150904.pdf>
- Bolin, M. (2017, 11 december). Personer med självskadebeteende dåligt bemötta. *SVT*. Hämtad från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/halland/krankande-bemotande-av-personer-med-sjalvskadebeteende>

- Bowers, L., Gournay, K. & Duffy, D. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 437–444. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01510.x
- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., Hackney, D., Allan, T. & Simpson, A. (2008). Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 193(5), 395–401. doi:10.1192/bjp.bp.107.037721
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Breeze, J. A. & Repper, J. (1998). Struggling for control: the care experiences of “difficult” patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1301–1311.
- Cardell, R. & Rogers Pitula, C. (1999). Suicidal inpatients’ perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatric Services*, 50(8), 1066–1070. doi:10.1176/ps.50.8.1066
- Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M. & Folkman, S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal of Health Psychology*, 11(3), 421–437. doi:10.1348/135910705X53155
- Downes, C., Gill, A., Doyle, L., Morrissey, J., & Higgins, A. (2016). Survey of mental health nurses’ attitudes towards risk assessment, risk assessment tools and positive risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(3–4), 188–197. doi:10.1111/jpm.12299
- Drew, B.L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 99–106.

- Ejneborg Looi, G.-M., Engström, Å., & Sävenstedt, S. (2015). A Self-Destructive Care: Self-Reports of People Who Experienced Coercive Measures and their Suggestions for Alternatives. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 96–103.  
doi:10.3109/01612840.2014.951134
- Eriksson, T. & Åkerman, S. (2012). *Patienters upplevelser av vården för självska debeteende*. Hämtad från <https://nationellasjalvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/3Erikssonoch%C3%85kermanPatientersupplevelser.pdf>
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x
- Gilman, S. L. (2013). From psychiatric symptom to diagnostic category: self-harm from the Victorians to DSM-5. *History of Psychiatry*, 24(2), 148–165.  
doi:10.1177/0957154X13478082
- Gournay, K. & Bowers, L. (2000). Suicide and self-harm in in-patient psychiatric units: a study of nursing issues in 31 cases. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 124–131.  
doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01453.x
- Heath, N., Joly, M. & Carsley, D. (2016). Coping Self-Efficacy and Mindfulness in Non-Suicidal Self-Injury. *Mindfulness*, 7(5), 1132-1141. doi:10.1007/s12671-016-0555-3
- Helleman, M., Lundh, L-G., Liljedahl, S. I., Daukantaitė, D. & Westling, S. (2018). Individuals' experiences with brief admission during the implementation of the brief admission skåne RCT, a qualitative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(5), 380-386. doi:10.1080/08039488.2018.1467966
- James, K., Samuels, I., Moran, P., & Stewart, D. (2017). Harm reduction as a strategy for

- supporting people who self-harm on mental health wards: the views and experiences of practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 214, 67–73.  
doi:10.1016/j.jad.2017.03.002
- James, K., Stewart, D., & Bowers, L. (2012). Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the Literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 301–309. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00794.x
- Karlsson, S. (2011, 16 november). Anklagar rättspsyk för olagliga tvångsåtgärder. *Sundsvalls tidning*. Hämtad från <https://www.st.nu/artikel/sundsvall/anklagar-rattpsyk-for-olagliga-tvangsatgarder>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Liljedahl, S. I., Helleman, M., Daukantaitė, D. & Westling, S. (2017). *Brukarstyrd inläggning: Manual för utbildning och implementering, utvecklad för Brief Admission Skåne Randomized Controlled Trial (BASRCT)*. Lund, Sverige: Media-Tryck, Lunds universitet.
- Liljedahl, S. I., Helleman, M., Daukantaitė, D., Westrin, Å. & Westling, S. (2017). A standardized crisis management model for self-harming and suicidal individuals with three or more diagnostic criteria of borderline personality disorder: The Brief Admission Skåne randomized controlled trial protocol (BASRCT). *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-15. doi:10.1186/s12888-017-1371-6
- Lindberg, C., Fagerström, C., Sivberg, B. & Willman, A. (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2208–2221.  
doi:10.1111/jan.12412

- Morgan, S. (2004). Positive risk-taking: an idea whose time has come. *Health Care Risk Report*, 10(10), 18–19. Hämtad från:  
<http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/586382/9538512/1290507680737/OpenMind-PositiveRiskTaking.pdf>
- Morrissey, J., Doyle, L., & Higgins, A. (2018). Self-harm: from risk management to relational and recovery-oriented care. *Journal of Mental Health Training, Education & Practice*, 13(1), 34–43. doi:10.1108/JMHTEP-03-2017-0017
- Nationella självskadeprojektet (2016). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende: Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin* (2. rev. uppl.). Hämtad från: <http://nationellasjlvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2015/12/Rekommendationer-Sj%C3%A4lvskadebeteende-rev-2016.pdf>
- Nock, M. K. & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28–38. doi:10.1037/0022-006X.76.1.28
- Nord, K. & Ziegerer, J. (2018a, 17 november). Den stängda dörren. *Sydsvenskan*. Hämtad från <http://www.sydsvenskan.se>
- Nord, K. & Ziegerer, J. (2018b, 18 november). Patienter skadar sig med farliga föremål – kontrollen brister. *Sydsvenskan*. Hämtad från <http://www.sydsvenskan.se>
- Odelius, C., & Ramklint, M. (2014). *En nationell kartläggning av förekomsten av självskadande beteende hos patienter inom barn & ungdoms- och vuxenpsykiatrin*. Hämtad från <http://nationellasjlvskadeprojektet.se/wp-content/uploads/2016/06/Slutrapportprevalensm%C3%A4tning140410.pdf>
- O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by

psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 64–71.

Olsson, A. (2015, 16 oktober). Sjuksköterskor i psykiatrin stressas av brist på resurser. *Vårdfokus*. Hämtad från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2015/oktober/sjukskoterskor-i-psykiatrin-stressas-av-brist-pa-resurser/>

Potter, M. L., Vitale-Nolen, R. & Dawson, A. M. (2005). Implementation of safety agreements in an acute psychiatric facility. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(3), 144–155.

Psykologiguiden. (u.å.a.). *Självförmåga*. Hämtad 26 december 2018 från <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=self-efficacy>

Psykologiguiden. (u.å.b.). *Kontrollfokus, kontroll-lokus*. Hämtad 26 december 2018 från <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=locus%20of%20control>

Psykologiguiden. (u.å.c.). *Autonomi*. Hämtad 26 december 2018 från <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=autonomi>

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. doi:10.1037/h0092976

Román, S. (2016, 4 april). Tvångsåtgärder vanligare hos flickor och unga kvinnor. *Läkartidningen*. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/04/Tvangsatgarder-vanligare-bland-flickor-och-unga-kvinnor/>

SFS 1962:700. *Brottsbalk*. Hämtad 13 december 2018 från Riksdagen:



[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700\\_sfs-1962-700](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700)

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtad den 6 december 2018 från Riksdagen: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard\\_sfs-1991-1128](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128)

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 6 december 2018 från Riksdagen: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Hämtad 13 december 2018 från Riksdagen: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad den 13 december 2018 från Riksdagen: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Socialstyrelsen. (2012). *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa: En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-14>

Socialstyrelsen. (2013). *Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna*. (Meddelandeblad, 2013:12). Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19309/2013-12-34.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutenvård*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-9-15>

- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015a). *Erfarenheter och upplevelser av bemötande och hjälp bland personer med självskaðebeteende*. (Statens offentliga utredningar, 2015:04). Hämtad från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-utvardeerar/erfarenheter-och-upplevelser-av-bemotande-och-hjalp-bland-personer-med-sjalvskadebeteende/>
- Statens beredning för medicinsk utvärderings upplysningstjänst (2015b). *Behandling av självskaðebeteende inom psykiatrisk heldygnsvård*. Hämtad från <https://www.sbu.se/contentassets/2691a411089246f1911518f7e8767ebf/behandling-av-sjalvskadebeteende-inom-psykiatrisk-heldygnsvard.pdf>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P. & St John, N. J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. doi:10.1111/sltb.12070
- Toftthagen, R., Talseth, A.-G., & Fagerström, L. (2014). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Patients Suffering from Self-Harm. *Nursing Research & Practice*, 1–10. doi:10.1155/2014/905741
- Wainwright, M. & Russell, A. (2010). Using NVivo Audio-Coding: Practical, Sensorial and Epistemological Considerations. *Social Research Update*, 60, 1–4.
- Weber, M. T. (2002). Triggers for self-abuse: a qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 118–124.
- Wester, K. L., Ivers, N., Villalba, J. A., Trepal, H. C. & Henson, R. (2016). *The Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Ideation*. *Journal of Counseling & Development*, 94(1), 3–12. doi:10.1002/jcad.12057
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. (3. uppl.). Maidenhead: McGraw-Hill Education, Open University Press.

Wilstrand, C., Lindgren, B-M., Gilje, F. & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (1), 72.  
doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x

Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 185, 70–75.

## Bilaga 1



LUNDS  
UNIVERSITET

Förhållningssätt och åtgärder vid positivt risktagande, inklusive "nolltolerans", för individer med självskadebeteende och långvarigt ökad risk för suicid inom den slutna psykiatriska vården. Personal och patienters erfarenheter och upplevelser.

Information till forskningspersoner

### Bakgrund och syfte

Positivt risktagande syftar här på en process där vårdpersonalen försöker finna en balans mellan att fokusera på att minska självskadebeteende genom begränsande åtgärder (som till exempel att öka övervakningsgraden eller ta bort föremål som kan användas för självskada) och att uppmuntra patientens ansvarstagande och självständighet. Ett tillvägagångssätt som följer principen om positivt risktagande är att överenskomma med patienter om avstå från självskadebeteende som förutsättning heldygnsvård, vilket i dagligt tal ibland kallas "nolltolerans" gentemot självskadehandlingar. Syftet med delstudien "*Förhållningssätt och åtgärder vid positivt risktagande, inklusive "nolltolerans", för individer med självskadebeteende och långvarigt ökad risk för suicid inom den slutna psykiatriska vården. Personal och patienters erfarenheter och upplevelser*" är att skapa en tydlig bild av hur positivt risktagande (i form av "nolltolerans" mot självskadebeteende) idag används inom psykiatrisk slutenvård samt undersöka hur personal upplever denna typ av metoder.

### Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande eftersom du arbetar på en enhet där tillämpning av positivt risktagande (eventuellt kallat "nolltolerans" gentemot självskadehandlingar) förekommer, eller för att du på annat sätt genom ditt arbete kommer i kontakt med eller har erfarenheter relevanta för denna typ av insats.

### Hur går studien till?

Om du ger ditt samtycke att delta i denna delstudie kommer du att kontaktas i god tid för att boka tid för intervjun. Du behöver inte förbereda dig. Du kommer att få frågor om dina tankar, erfarenheter och upplevelser av positivt risktagande gentemot självskadehandlingar. Intervjuerna genomförs av psykologstudent Evelina Ingelsson Lindell. Du kan själv välja plats för intervjun. Endast du och intervjuaren kommer att vara närvarande. Intervjun tar ca 60 minuter och kommer att spelas in (endast ljud).

### **Vilka är riskerna?**

Det finns inga ökade risker förknippade med forskningsstudien utöver att du möjligen kan bli trött eller att det skulle kunna väcka tankar och känslor att svara på frågorna. Om så skulle ske och du upplever detta som prövande, är du välkommen att kontakta någon av oss (kontaktuppgifter nedan).

### **Finns det några fördelar:**

I en intervjustudie ges du utrymme att uttrycka egna subjektiva och för dig unika erfarenheter. På längre sikt syftar intervjuerna till att dina erfarenheter ska kunna bidra till en bättre psykiatrisk heldygnsvård för personer med upprepat självskadebeteende och risk för suicid.

### **Hantering av data och sekretess:**

Ditt namn och dina kontaktuppgifter sparas separat från intervjumaterialet. Alla uppgifter om dig förses med en kod som kan kopplas till din identitet via en kodnyckel. Kodnyckeln förvaras i ett låst brandsäkert skåp, separat från dina svar. Detta är för att säkerställa din integritet, så att ingen information direkt eller indirekt, kan spåras till dig. Alla inspelade och transkriberade intervjuer sparas på krypterat USB-minne som förvaras i ett låst brandsäkert skåp, separat från kodnyckeln. Data bearbetas endast på enheter utan internetanslutning. Uppgifterna kommer att sparas 10 år efter att forskningsstudien är avslutad och sedan förstöras konfidentiellt. Dina svar kommer att behandlas enligt Dataskyddsförordningen (General Data Protection Regulation; GDPR), så att inte obehöriga kan ta del av dem. Du har rätt att gratis, en gång per kalenderår, efter skriftligt undertecknad ansökan ställd till oss, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har också rätt att begära rättelse i fråga om personuppgifter som vi behandlar om dig. Personuppgiftsansvarig är styrelsen för Psykiatri Skåne. Det går bra att kontakta huvudansvarig forskare enligt kontaktuppgifterna nedan med en skriftlig begäran om registerutdrag. Om du vill vända dig till någon utomstående med frågor eller klagomål går det bra att vända sig till Personuppgiftsombudet, Region Skåne, 291 89 Kristianstad.

Endast avidentifierade data kommer att användas i analyserna. Slutsatser och resultat rapporteras på gruppnivå eller så att uppgifter inte kan knytas till en enskild intervjuperson.

### **Hur får jag information om intervjuens resultat?**

Resultatet kommer att redovisas i vetenskapliga, internationella tidskrifter och på konferenser i syfte att sprida kunskapen så brett som möjligt. Du är välkommen att kontakta Jonas Bjärehed om du vill ha tillgång till något av detta material. För kontaktuppgifter, vänligen se nedan.

### **Försäkring, ersättning**

Du har din sedvanliga försäkring som anställd inom Region Skåne. Ingen ersättning utgår för intervjun.

### **Frivillighet**

Ditt deltagande i denna studie är helt frivilligt och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande utan att förklara orsaken. Du har också rätt att välja att svara på bara vissa frågor utan att förklara varför.

### **Ansvariga forskare och studenter**

Har du frågor rörande denna studie vänligen vänd dig till ansvariga, se kontaktuppgifter nedan.

#### **Forskningshuvudman och personuppgiftsansvarig**

Division psykiatri  
Region Skåne  
Personuppgiftsombudet  
Region Skåne  
291 89 Kristianstad

#### **Intervjuare**

Evelina Ingelsson Lindell  
Masterstuderande på  
psykologprogrammet  
Institutionen för psykologi  
Lunds universitet  
Tfn: 0767-97 88 34  
psy12el4@student.lu.se

#### **Handledare**

Jonas Bjärehed  
Fil. Dr, universitetslektor, leg psykolog  
Institutionen för psykologi/ Region Skåne  
Lunds universitet  
Tfn: 046-1114581  
jonas.bjarehed@psy.lu.se

#### **Biträdande handledare**

Sofie Westling  
Med. dr., överläkare  
Psykiatrforskning Skåne  
Baravägen 1  
221 85 Lund  
Tfn: 046-174953  
sofie.westling@med.lu.se

## **Bilaga 2**

Förhållningssätt och åtgärder vid positivt risktagande, inklusive "nolltolerans", för individer med självskadebeteende och långvarigt ökad risk för suicid inom den slutna psykiatriska vården. Personal och patienters erfarenheter och upplevelser.

### Semistrukturerad intervjuguide

#### *Syftet med intervjuerna:*

Att skapa en tydlig bild av hur positivt risktagande (i form av "nolltolerans" mot självskadebeteende) idag används inom psykiatrisk heldygnsvård samt undersöka hur personal upplever denna typ av metoder. Det långsiktiga målet är att ta fram vilka beståndsdelar i metoden som ser ut att vara de mest verksamma i syfte att kunna utvärdera metoden strukturerat.

#### *Inledande procedur:*

Informanterna ger samtycke till att delta i studien efter att ha fått skriftlig och muntlig information om studien, samt möjlighet att ställa frågor och få svar på dessa. Innan intervjun startar upprepas information muntligt om syftet med studien, att de utan att ange skäl kan välja att inte svara på alla frågor, att intervjuer kommer att spelas in, att alla uppgifter behandlas konfidentiellt och inte förs vidare och att det inte finns några rätt eller fel svar men olika upplevelser och erfarenheter som alla är värdefulla för studien. Intervjuerna beräknas pågå ca 60 minuter.

Intervjuerna utgår från intervjupersonernas upplevelser och frågorna ställs beroende på interaktion och flödet av information under intervjuerna. Intervjufrågorna nedan är exempel – alla frågor kommer inte att ställas i alla intervjuer.

Innan intervjun inleds ombeds intervjupersonen att berätta så fritt som möjligt men att undvika att ge sådan specifik information eller specifika exempel som skulle göra det möjligt att identifiera enskilda patienter eller händelser. Intervjupersonen påminns att patientsekretessen gäller.

#### *Frågeområden:*

#### ***Sammanhangsmarkering***

**Intervjuare förklarar:** *”Den psykiatriska slutenvården utgår ofta från vad vi valt att kalla ett riskaversivt förhållningssätt vad gäller självskadebeteende, dvs. att risker vid självskadebeteende ska undvikas eller minimeras. Det här riskhanteringsfokuset vid självskadeproblematik innebär ofta begränsningar, förhindrande, kontroll och översyn av personal, anpassning av vårdmiljön eller att man överta ansvar för patientens handlande. Ett annat förhållningssätt kallar vi positivt risktagande, vilket i detta sammanhang innebär en process där vårdpersonalen kan behöva betrakta risktagande som någonting nödvändigt och eftersträvansvärt i syfte att försöka finna en balans mellan ett kortsiktigare (vanligen riskminimerande) och mer långsiktigare förhållningssätt gentemot en patients självskadebeteende. Ett positivt risktagande kan i detta sammanhang exempelvis ta sig uttryck i form av beslutet att inte lägga in en patient i slutenvård trots självskadehandlingar eller självmordsförsök, att överenskomma om att skriva ut en patient som skadat sig i samband med ineliggande vård, att avstå från att sätta in kontrollerande eller begränsande åtgärder (som särskilt tillsyn, tvångsåtgärder etc.) trots att det föreligger viss risk, osv. Ofta används denna typ av metoder för att skapa förutsättningar för en långsikt god relation till patienten, en konstruktiv vård och för att främja egen kontroll, egna val, autonomi hos patienten. Vi vill veta mer om dina erfarenheter av denna typ av metoder och arbetssätt”*

**Bakgrundsinformation om intervjupersonen:**

- Vill du kort beskriva din roll i arbetet med positivt risktagande i form av ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende?
- Hur kommer det sig att du arbetar med den här patientgruppen och hur kommer det sig att du kommit i kontakt med metoden?
- Hur stor erfarenhet har du av att arbeta med detta problemområde?
  - o Hur många individer har du använt positivt risktagande/”Nolltolerans” för?
    - Använder du för dessa ”nolltolerans” vid varje vårdtillfälle? Om inte, när väljer du att inte använda ”nolltolerans”?

**Frågor om positivt risktagande (hur utförs det?)**

Berätta om hur du arbetar med positivt risktagande i ditt arbete (i vilka situationer, för vilka patienter, hur går det till rent praktiskt, hur och när förklarar du förhållningssättet för patienten)?

- Vad är din bild av vad positivt risktagande/”nolltolerans” innebär?
- Vad innebär ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende i praktiken?
- Hur avgör du när det lämpar sig att komma överens med en patient om ”nolltolerans” gentemot självskadebeteende, vilka faktorer spelar in?
  - o Hur många individer har du använt positivt risktagande/”Nolltolerans” för?



- Använder du för dessa "nolltolerans" vid varje vårdtillfälle? Om inte, när väljer du att inte använda "nolltolerans"?
- Vad händer om patienten bryter överenskommelsen?
  - Om bruten överenskommelse resulterar i utskrivning: Hur ser du på suicidrisken efter utskrivning som följd av bruten överenskommelse? (Mindre/samma/större, kortsiktigt/långsiktigt)
  - Uppskattningsvis – hur många utskrivningar har du gjort pga bruten överenskommelse?
  - Hur vanligt uppskattar du att det är det med självskada/vård på akutklinik inom ett dygn efter utskrivning pga bruten överenskommelse (varje gång/i stort sett varje gång/ofta/ ibland/sällan/mycket sällan/aldrig)?
  - Finns det tillfällen när ni inte skriver ut efter självskada, trots att individen hade "nolltolerans"? Vilka tillfällen är detta?
  - Har ni haft suicid eller någon patient fått bestående men i samband med användande av "Nolltolerans"?

### ***Frågor som berör svårigheter med positivt risktagande***

Vilka problem, utmaningar och svårigheter har du upplevt utifrån att arbetat med positivt risktagande i ditt arbete?

- Vad finns det för problem med metoden?
- Finns det delar i metoden som du är tveksam till?
- Hur arbetar du med din relation till patienten i relation till positivt risktagande? Finns svårigheter kopplat till detta?
- Finns det situationer/patienter där du upplever det som särskilt riskfyllt att använda "nolltolerans" men ändå väljer att göra det? Kan du isfall beskriva dem?
- Hur tänker du kring maktobalansen och patientens upplevelse av valmöjlighet när överenskommelsen görs?
- Hur tänker du kring förändrade medvetandetillstånd efter överenskommelsen?

### ***Frågor som berör fördelar och möjligheter med positivt risktagande***

Vilken nytta, vilka fördelar och möjligheter har du upplevt utifrån att arbetat med positivt risktagande i ditt arbete?

- Vad tycker du att metoden har för styrkor?
- Hur upplever du arbetet med "nolltolerans"?
- Hur tycker du att metoden fungerar i praktiken?
- På vilket/vilka sätt tänker du att "nolltolerans" är verksamt?
- Vad anser du är det huvudsakliga syftet med "nolltolerans"?
- Vilka tänker du är den/de viktigaste komponenten/erna i metoden?
- Har du några tankar om hur metoden skulle kunna utvecklas?

**Frågor som berör personal och patienters upplevelser av positivt risktagande**

- Hur är det för dig att arbeta med denna typ av metod, vad tänker och känner du inför det?
- Hur uppfattar du att patienterna upplever dessa insatser?
- Hur arbetar du för att göra patienten införstådd och delaktig kring dessa åtgärder?
- Hur påverkar det relationen mellan patienter och vårdpersonal att arbeta på detta sätt?

*Exempel på uppföljningsfrågor:*

*Kan du ge ett exempel?*

*Kan du berätta mer om/förklara det?*

*Vad tror du det beror på?*

*Kan du berätta mer om hur du tänkte?*

*Vad menar du med....?*

*Hur kände du då?*

*Hur blev det för dig?*

*Skulle vi kunna återgå till....?*

*Vad hände sen?*

*Vad händer då?*

*Du nämnde att...?*

*Har jag förstått dig rätt när jag säger?*

*Menar du att.....?*

*Avslutande fråga:*

- Finns det något annat du skulle vilja ta upp?

### Bilaga 3



LUNDS  
UNIVERSITET

Förhållningssätt och åtgärder vid positivt risktagande, inklusive "nolltolerans", för individer med självskadebeteende och långvarigt ökad risk för suicid inom den slutna psykiatriska vården. Personal och patienters erfarenheter och upplevelser.

Blankett för samtycke – exemplar till forskningspersonen

Jag har tagit del om information om delstudien "Förhållningssätt och åtgärder vid positivt risktagande, inklusive "nolltolerans", för individer med självskadebeteende och långvarigt ökad risk för suicid inom den slutna psykiatriska vården. Personal och patienters erfarenheter och upplevelser", haft möjligheter att ställa frågor och fått svar på de frågor jag haft. Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan några åtgärder. Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in (ljudinspelning).

Underskrift: .....

Namnförtydligande : .....

Ort, datum: .....Forskningsnummer.....

#### Intervjuare

Jag har gett muntlig och skriftlig information om delstudien "Förhållningssätt och åtgärder vid positivt risktagande, inklusive "nolltolerans", för individer med självskadebeteende och långvarigt ökad risk för suicid inom den slutna psykiatriska vården. Personal och patienters erfarenheter och upplevelser." och gett möjlighet för informanten att ställa och få svar på frågor.

Underskrift: .....

Namnförtydligande : .....

Ort, datum: .....