

# Yttrande – Självskadebeteende hos vuxna

## Gemensamt remissvar RPO Psykisk hälsa – Sydöstra sjukvårdsregionen

Remissdialoger har anordnats mellan 38 kommuner och de tre regionerna i Sydöstra sjukvårdsregionen. RPO psykisk hälsa lämnar ett gemensamt remissvar på vårdförlopp självskadebeteende hos vuxna. Deltagare i remissdialogerna samt remissvaret har bland annat varit: läkare, verksamhetschef vuxenpsykiatri, fysioterapeuter, rehabkoordinator, utvecklingsledare, psykolog, läkare inom specialistpsykiatri samt NAG-representant.

### 1.1 Om självskadebeteende

Förslag:

Ta bort formuleringen ”Detta vårdförlopp omfattar insatser vid impulsiva självskadebeteenden”. Det är otydligt vad som menas med ”impulsiva självskadebeteenden och det skapar otydlighet. Förslag att gå direkt rakt på definitionen. Även NSSI med känsloreglerande funktion kan vara planerad (alltså ej impulsiv). Vid beskrivning av känsloreglerande funktion, ta även med funktion att reglera upp – ”att känna någonting alls”.

I stycke 3: Exempel på samsjuklighet, EIPS, PTSD.

### 1.2 Omfattning

Synpunkt specialistpsykiatri: Viktigt att involvering av personer som utför kommunala insatser nämns. Dock är formuleringen ”Personal i kommunen som möter personer med självskadebeteende bör ta del av vårdförloppet för att främja att personen uppnår uppsatta mål i vårdplanen.” något problematiskt. Det kan framstå som förminskade av kommunala insatser roll och betydelse.

Förslag: Skriva något om att det är viktigt med samverkan mellan kommun och region, trots att kommunala insatser ligger utanför detta PSVF.

Synpunkt kommun: Vårdförloppet saknar både kommunernas och primärvårdens insatser. För att en behandling ska ge resultat krävs samverkan i ett tidigt skede i hela det professionella nätverket. Ska socialtjänsten främja målen med att minimera heldygnsvård och undvika tvångsvård behöver kommunerna bättre verktyg och kompetens för att hantera dessa individer på ex boenden och inom boendestöd. Viktigt med en tydlig gränsdragning.

### 1.3 Vårdförloppets mål

Förslag:

Mål att patienter ska ha och använda krisplan, samt öka sina färdigheter?

### 1.4 Ingång och utgång

Ingång:

Lite oklart hur ingången ser ut för en redan känd patient som debuterar i självskadebeteende – ska det utföras en basutredning även då?

Hur kommer man till ingångsskedet – remiss ifrån primärvården? Egenremiss? Akut? Här saknas kommunernas perspektiv.

Utgång:

Ingår det i formuleringen ”behov av ytterligare insatser inom vårdförloppet har upphört” de fall där insatserna inte hjälper? Alltså att vi inte ska fortsätta ge insatser som inte ger önskad effekt?

### 1.5 Flödesschema för vårdförloppet

Synpunkt kommun: Avsnittet gällande dialog, planering och samverkan i vårdförloppet (avsnitt I) är inte tillräckligt beskrivet. Ifall vårdförloppet ska ses som en linjär beskrivning så kommer dialog, planering och samverkan sent i vårdförloppet. Inom socialtjänsten är det inte ovanligt att det redan finns kännedom om patienten och att olika stödinsatser pågår. Därav är socialtjänstens upplevelse att det oftast är så att socialtjänsten är inkopplad tidigare och om inte så behöver de oftast kopplas in tidigare. Kan vårdförloppet belysa (till sjukvården att inte inleda samordning försent utan ha med det tidigare i vårdförloppet, kanske som förslag redan under (E) Information om behandlingsalternativ och upprättande av vårdplan. Socialtjänsten kan ju om det redan finns insatser påkopplade behöva vara med som aktörer i den krisplan som upprättas. Samverkan ligger för sent i vårdförloppet. Parallella insatser och samverkan mellan Regionen och Kommunen underlättar behandling och tillfrisknande.

### 1.6 Vårdförloppets åtgärder

Insatser i heldygnsvård:

Förslag:

- Tillägg att slutenvården bör hållas kort och i möjligaste mån ej förekomma under längre tid än några dagar.
- Specificering av riskerna med heldygnsvård; dvs utöver risk för ökat självskadebeteende även minskning av möjlighet att utveckla det friska vilket ju är en väsentlig punkt för att förbättras.
- Händelseanalys (kedjeanalys) och krisplan specifikt för slutenvård vore bra att ta med.

Viktigt att framskrivning av problem med slutenvård och betydelse av att hålla slutenvård kort inte kan tolkas som att patienterna hindras alltför mycket från slutenvård.

Farhåga av erfarenhet att patienter med samsjuklighet bedöms som *endast* emotionellt instabila och beslut om heldygnsvård baseras diagnosbundet. Risk att patienter ej behandlas för eventuella depressioner, manier osv.

Viktigt att förtydliga att SI/BI inte ersätter vanlig akutpsykiatrisk bedömning/vård.

(C)

Är det nödvändigt att specificera att det ska vara läkare som gör klinisk bedömning? Kan man skriva att det ska göras av ”team/medarbetare med kunskap i psykiatrisk bedömning och

diagnostik”? Inom öppenvården är det ofta psykologer som gör kliniska bedömningarna och inte läkarna.

(E)

Önskar förtydligande om vart krisplanen ska dokumenteras i vårdplanen.

”förslag på KVÅ-koder”: lägga till AW015 Revidering av huvudvårdplan?

(F)

Specificera och förtydliga ”stabiliserande insatser”. Är det endast information som ska ges vid ett par samtal som beskrivet? Eller är det inom detta som ”stödkontakter” finns där patienten går under en längre tid och ”stabiliseras”? Förslag: tydliggöra typ av stödjande insats och/eller t ex stabiliseringsfas t ex så som man arbetar i GPM.

”förslag på KVÅ-koder”: DV086 Kroppskännedomsträning. Lägga till DU023 psykopedagogisk behandling? Förslag att lägga till någon av flöjande KVÅ-koder: DU113 – systematiskt stödjande samtal, DU112 stödjande samtal.

(G)

Formuleringen ”Följande behandlingsmetoder är aktuella:” är något för hård. Förslag: ”Följande behandlingsmetoder rekommenderas i första hand:”

Viktig fråga:

Vad finns för alternativ (förutom högspecialiserad vård) för de patienter som inte klarar av att ”ha följsamhet till behandlingsmetoden” eller som inte kan tillgodogöra sig dessa behandlingar? Är inte t ex individuell och anpassad KBT-behandling, eller mindre spridda terapiformer men som har visst forskningsstöd (t ex GPM, DDP, schematerapi, eller metakognitiv terapi) alternativ över huvud taget?

En övrig fråga: Vad händer om ”personens åtgärder” inte görs, och vem bedömer det? Dvs vem bedömer om patienten följer överenskommen vårdplan inklusive krisplan efter förmåga, har följsamhet till behandlingsmetoden, deltar aktivt i behandlingstillfällen osv., och vad händer om personen inte gör det?

(H)

”koder”: AW015 avser revidering av vårdplan men i vårdförloppet står angivet ”uppföljning av vårdplan”, förtydligande önskas.

(J)

Fråga om formuleringen ” Vid exempelvis återkommande heldygnsvård och upprepade behandlingsinsatser som inte haft önskat resultat, överväg remiss till nationell högspecialiserad vård.”

Vilken kunskap/information är avgörande för var man landar i ”övervägandet av remiss”? Vissa patientkaraktäristika eller vissa typer av behandlingsmisslyckanden eller annat?

Kommunernas synpunkter:

Varför länkas information till det kommunala aktivitetsansvaret? Detta kommunala stöd riktar sig till ungdomar under 20 år och bör absolut finnas med i åtanke men är samtidigt en ganska begränsad åldersgrupp mellan 18-20 år. Finns i så fall också andra insatser som också kan behöva belysas förutom KAA?

D. Vilka avses i det professionella nätverket? Beaktas barnperspektivet när patienten är förälder?

E. Bedöm också om insatser från socialtjänsten behövs.

F. "Bedöm om rehabiliteringsåtgärder och försäkringsmedicinska insatser är aktuella med stöd av kommunala insatser från socialtjänst.

I. Kommunala insatser från socialtjänst bör finnas med som en parallell insats i hela vårdförloppet

### **1.7 Personcentrering och patientkontrakt**

Region: Vad fyller egentligen ett kontrakt för funktion om vårdplanen är upprättad, reviderad och följs upp? I en SIP, som också nämns här, upprättas också ett dokument med de delar som nämns i ett patientkontrakt, dvs vem som gör vad etc.

Fråga om formuleringen: "Alla personer som får vård enligt vårdförloppet erbjuds tidigt en fast vårdkontakt för att säkerställa att behovet av samordning, kontinuitet, tillgänglighet och intensitet i vård och omsorg efterlevs." Detta framstår som resurskrävande att genomföra. Är det värt det - cost/benefit?

## **2. Uppföljning av vårdförlopp**

### **2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter**

### **2.2 Indikatorer för uppföljning**

Region:

Förslag på andra indikatorer:

Antal dagar i slutenvård/ minskat antal dagar i slutenvård.

Andel i personal i slutenvård och öppenvård som genomgår bemötandebildning/uppfoljningsutbildning.

Fråga:

Hur tolkas indikatorn om SI/BI? Är mer eller mindre bättre eller sämre? Andel som erbjuds SI/BI verkar mer rimligt.

## **3. Bakgrund till vårdförlopp**

### **3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter**

Förslag:

Tidigare undersökningar inom Nationella självskadeprojektet, av patientupplevelse av vård och bemötande, samt undersökning av förekomst av självskadebeteende i psykiatrin, kanske också ska refereras till för att bredda/fördjupa bilden lite?

### 3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

### 3.3 Arbetsprocess

#### Referenser

#### Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

Även om det redan lyfts fram i dokumentet så kunde man vara än tydligare med att för ett fungerande vårdförlopp krävs omfördelning av resurser/pengar till utbildning av personal och alltså höjd kompetens i alla led.

Resurser behövs för att kunna möta behov och efterfrågan för att snabbt kunna ta emot patientgruppen och undvika vårdkö – försämring.

#### Om du svarar för region eller kommun hur bedömer ni möjligheterna att börja införa och arbeta enligt kunskapsstödet?

Region: Det ställer högre krav på samtliga medarbetare inom specialistpsykiatri till en början, vilket benämns. Det är ett omfattande arbete med kompetenshöjning som behövs.

Utökning av behandlingsinsatser till patienter som inte har EIPS-diagnos men som kan förväntas dra nytta av metoden kan ses som en väg framåt. Skulle kunna nämnas i PSVF och skulle kanske innebära ytterligare utbildningsinsatser.

Det finns farhågor att möjligheten att arbeta enligt PSVF är mycket låg utifrån begränsningar i den kliniska vardagen.

Kommun: Det mesta i detta vårdförlopp ligger på regionen men det behövs en kunskapshöjning i kommunal verksamhet för att uppmärksamma och bemöta på rätt sätt.

För kommunens del så är det ju inte så mycket som finns med i vårdförloppet men det är viktigt att ändå börja arbeta med de delar som vi involveras i. Samverkan, de stabiliserande delarna och även bemötande och stötta individen att orka "göra sin del" i vårdförloppets åtgärder.

#### Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

Region: Bra och tydligt vårdförlopp, som dock riskerar att vara ett ouppnåeligt drömscenario.

Farhåga att det finns för få medarbetare inom specialistpsykiatri som vill arbeta med självskadebeteende.

Det saknas betoning av betydelse av samverkan med kommunala insatser, särskilt vid svårare fall. Otillräckligt att bara peka på att man bör göra SIP. Trots att detta vårdförlopp beskriver processen inom specialistpsykiatri borde man kunna ha tydliga förväntningar på att psykiatri drar nytta av insatser och kompetens från kommunhåll.

Den definierade målgruppen för vårdförloppet bedöms som snäv. Målgruppen begränsas till personer med EIPS med självskadebeteende. Vårdförloppet tar ex inte hänsyn till personer med IF eller autism. Förtydligande behövs.

Medskick till samtliga kommande vårdförlopp: synka remitteringsprocessen för båda riktningar för en mer generell skrivning så det ej skiljer åt i skrivningar i texterna avseende patienter med schizofreni, självskada, depression, skadligt bruk och beroende.

Kommun: Väldigt väl beskrivet, tydligt och respektfullt. Pedagogiskt och enkelt att följa. Vi saknar dock en helhet i vårdförloppet där socialtjänstens delar går ihop och integrerar med regionens (se svar under omfattning). Skulle även vara värdefullt att tydliggöra vilka delar som är extra viktiga för kommunen, exempelvis de stabiliserande insatserna och exempel på vad de kan vara. Vikten av att upptäcka försämring eller insjuknande men även stötta individen att vara så delaktiga som möjligt i sin vård och behandling.

Kommunerna lyfter önskemål om ett vårdförlopp som också innefattar primärvårdsnivå, just utifrån svårigheter med samordning och samverkan samt önskemål om ett vårdförlopp självskada barn och ungdomar.

Det uppfattas som anmärkningsvärt att elevhälsa eller skola inte omnämns som part i vårdförloppet med tanke på att det framgår att målen med vårdförloppet, bland annat, är att individer med självskadebeteende genomgår en tidig bedömning samt att man även anger att internationella studier visar en förekomst på cirka 13–17 procent bland ungdomar.