

## Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Självskadebeteende hos vuxna

Dnr RÖ 2023-2233. Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper.

### RPO/RSG som är svarande

RPO Akut vård  
RPO Hälsofrämjande  
RPO Kvinnosjukdomar och förlossning  
RPO Primärvård  
RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin  
RPO Äldres hälsa  
RSG HTA  
RSG strukturerad vårdinformation  
RSG Uppföljning och analys

RPO Psykisk hälsa lämnar separat svar som är framtaget i samverkan med 38 kommuner inom sjukvårdsregionen.

### 1.1 Om självskadebeteende

#### RPO Akut vård

Under denna punkt saknas graderingen ”lindrig, måttligt och mer omfattande självskadebeteende”. Det bör även klargöras andelen självskadebeteende inom respektive gradering av det totala antalet med självskadebeteende. Var de flesta med självskadebeteende påträffas beskrivs inte heller (majoriteten m lindrigt självskadebeteende söker nog inte sjukvård), en hög andel m lättare och måttlig söker däremot Akutsjukvård och den sannolikt minsta andelen hamnar inom specialiserad psykiatrisk vård.

<https://www.dovepress.com/nonsuicidal-self-injury-diagnostic-challenges-and-current-perspectives-peer-reviewed-fulltext-article-NDT#CIT0069>

[file:///C:/Users/4B97/Downloads/1753-2000-6-10%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/4B97/Downloads/1753-2000-6-10%20(1).pdf) – om förekomst i populationer bland olika länder

#### RSG HTA

Det anges att bemötandet varierar i hög grad både geografiskt och mellan aktörer, men källa eller beskrivning av grunden till detta påstående saknas. Detsamma gäller de identifierade utmaningarna, vem har identifierat dessa och hur? Centralt i arbetet med att ta fram vårdförlopp är att arbeta för jämlik vård i hela landet. Därför bör ett vårdförlopp först beskriva hur det ser ut

idag vad gäller incidens, frekvens, behandlingsmöjligheter, resurser osv i olika delar av landet. Även om dessa uppgifter är knapphändiga idag behöver det som finns tas fram och beskrivas.

Det anges att vårdförloppet omfattar impulsiva självskadebeteenden, finns det icke-impulsiva självskadebeteenden och omfattas de i så fall inte av vårdförloppet?

Det bör tydliggöras om en diagnoskod för självskadebeteende kommer 2023 som antyds i konsekvensbeskrivningen. Om inte, hur ska patienterna identifieras så att indikatorerna kan tillämpas?

## 1.2 Omfattning

### RPO Akut vård

Vårdförloppets omfattning rekommenderas omfatta vuxna inom psykiatrisk specialiserad vård. Den stora andelen *befinner sig* nog oftast i Akutsjukvård eller m samsjuklighet i primärvården pga låg tillgänglighet inom specialistpsykiatri. I stället bör omfattningen gälla *de som har NSSID* – måttlig till mer omfattande. Samtidigt görs den stora "besparingen" företrädesvis inom preventivt arbete dvs hos de med lindrigt eller måttligt självskadebeteende som ännu inte hamnat/kommit till specialistpsykiatri.

Således bör vårdförloppet omfatta patienter som finns i Akutsjukvården o primärvården.

### RSG strukturerad vårdinformation

Under omfattning avgränsas till vuxna medan det inte finns med under ingång och utgång.

## 1.3 Vårdförloppets mål

### RPO Akut vård

Tids-definitioner saknas (vad innebär "tidig bedömning"? – 3 dagar, 1 vecka, 1 månad?)  
Vad innebär "samordnat bemötande"? – Samordnat tidsmässigt? Eller samordnat bemötande i avseende att man har liknande förhållningssätt till varje individ? Idag orsakar dessa individer väldigt olika bemötande hos personal – en del omhändertagande, en del fokuserar mer på praktiskt omhändertagande och minimalt engagemang i detaljer om måendet (varav sistnämnda kan vara mer adekvat för både individer (med lindrigare grad) och samhälle – särskilt när det gäller verksamheter med höga flöden av patienter (Akutsjukvård och primärvård).

Att erbjuda stabiliserande insatser inom 90 dagar är en orimligt lång tid om det avser personer med mer omfattande självskadebeteende". Dessa kommer till Akutsjukvården ofta 2-4-6 ggr/vecka under perioder av "skov" med självskadebeteende.

### RSG strukturerad vårdinformation

Alla mål är inte lätta att möta men väl så viktiga (t.ex. erbjuds, medverkar i beslut och bemöts samordnat)

### RSG HTA

Vårdförloppets mål bör också vara jämlika insatser för utredning och vård i hela landet.

### **RSG Uppföljning och analys**

Välformulerade mål med både process och resultatfokus, alla följs inte upp utifrån föreslagna indikatorer.

## **1.4 Ingång och utgång**

### **RPO Akut vård**

..”när misstanke om självskadebeteende .... Konstateras inom psykiatrisk specialiserad vård” – Det finns en stor risk för fördröjning av åtgärd om vårdförloppet initieras först här med tanke på de idag oerhört långa remisstiderna inom psykiatrin. Konstaterande av självskadebeteende behövs det ingen psykiatrisk utbildning för. Gradering *kan* däremot kräva mer utbildad personal.

### **RSG strukturerad vårdinformation**

En bred tratt formulerad som misstanke men fokus ligger inte på ingångssteget utan vårdförloppet väljer att definiera gruppen som ingår i uppföljning med de där diagnos finns, vilket blir lättare att mäta. Det är svårare att fånga misstänkt diagnos, eftersom det saknas ICD eller SNOMED-koder för detta och det inte går att postkoordinera eller lägga på attributet 'visshetsgrad: misstänkt'.

Utgång sker när mål i vårdplan uppnåtts eller behov av ytterligare insatser inom vårdförloppet upphört. Men hur identifieras att mål i vårdplan uppnåtts eller behov av ytterligare insatser upphört och att personen därmed inte ingår i vårdförloppet längre? Samma fråga blir aktuell vid ingång som följs av försämring av tidigare känt självskadebeteende.

### **RSG HTA**

Ingång och utgång i vårdförloppet behöver förtydligas gällande förhållande till primärvård och kommunal vård. Vad gäller om självskadebeteende identifieras i t ex primärvård eller kommunal vård, ska patienten då hänvisas till psykiatrisk specialiserad vård?

## **1.5 Flödesschema för vårdförloppet**

### **RPO Akut vård**

Flödesschemat gör ingen skillnad på grad av självskadebeteende

### **RSG strukturerad vårdinformation**

Under box (H) saknas ordet "av".

### **RSG HTA**

Mätpunkter behöver anges för att möjliggöra förbättringar.

## **1.6 Vårdförloppets åtgärder**

### **RPO Akut vård**

De terapier som anges (DBT (12 månader), MT (18 månader)) låter som tidsmässigt alltför omfattande för de resurser och mängden patienter som finns. ERGT verkar något rimligare (3-12 sessioner) en alternativ metod med likheter med ERGT är FACT. FACT, Focused acceptance and Commitment Therapy – har utvecklats just för områden med få resurser och stora behov (skola, primärvård o fängelser). Se referenser nedan.

Skattningsverktygen får inte vara för omfattande i klinisk verksamhet – risk för att de inte används alls. FASM o DSHI-r verkade vara de mest tidseffektiva skattningsformulären.

### **RSG strukturerad vårdinformation**

”Förslag på åtgärder” har använts som rubrik där åtgärds-koder anges i de olika insatserna. Är det förslag eller ”ska” de anges?

Vid flera stycken lyfts vikten av dokumentation men i (D) saknas det. Är det ett förbiseende?  
Föredömligt med alla koder som finns med som stöd för dokumentation.

### **RSG HTA**

Till stor del tydligt och bra länkar till mer information om lämpliga metoder för utredning och behandling.

Kan det förtydligas vad stabiliserande insatser innebär, när det behövs innan behandling, och hur detta behov bedöms?

Kan det beskrivas tydligare när respektive behandlingsmetod ska väljas, exempelvis för olika patientgrupper, och om behandlingsmetoderna kan/bör användas i kombination?

### **RPO Hälsöfrämjande**

Fint att stöd till närstående lyfts vid heldygnsvård. Vikten av att dokumentera för kvå-kodning i barn som anhörig bör framgå.

D- Fint att tvärprofessionella team lyfts samt fast vårdkontakt. Kanske kan även patientkontakt lyftas något redan här. Vilket då kan läggas i högra spalten för personens åtgärder efter förmåga.

### **RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

I länken för basutredning finns en bilaga med frågebatteri. Att fråga om våld i nära relation och hedersförtryck borde lyftas fram i själva dokumentet för självskadande för att de frågorna inte ska missas. Alla andra insatser blir ganska verkningslösa om personen är fortsatt våldsutsatt.

## **1.7 Personcentrering och patientkontrakt**

## **2. Uppföljning av vårdförlopp**

### **RSG strukturerad vårdinformation**

Finns ingen detaljerad information publicerad på KiK:en ännu för indikatorerna.

Är bra att med en kommentar om vilka av indikatorerna som har hög prioritet.

Alla indikatorer utom en är definierad som att den gäller för personer som diagnostiserat självskadebeteende, (Genomsnittlig väntetid till behandling (DBT, MBT, ERGT) för personer med självskadebeteende). Är den annorlunda definierad eller bara ett skrivfel?

En indikator avser uppföljning av olika behandlingar (DBT, MBT eller ERGT). Kommenteras i texten att för personer med psykisk utvecklingsstörning (F70-F79) samt autism (F84) saknas evidensbaserade behandlingar för självskadebeteende. Ska dom personerna ändå ingå i nämnare och täljare?

För uppföljning av resultatmått är definition på förbättrat resultat/minskat självskadebeteende/symtomlindring/förbättrad hälsa och ökad funktion viktiga att det kommer med i KiK:en.

### **RSG Uppföljning och analys**

Indikatorerna kan härledas till några av målen för vårdförloppet, patientrapporterat mått kring medverkan i beslut saknas samt suicidförsök/genomfört saknas.

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

### **RSG HTA**

De data som ändå finns tillgängliga idag, och som ligger till grund för bedömningen att det idag är ojämnt över landet, behöver presenteras.

### **RSG Uppföljning och analys**

Målsättningen på sikt är att strukturerad vårdinformation ska utgöra grunden till uppföljning. Med hänsyn tagen till den nuvarande datatillgången kommer detta att kräva ett större arbete.

## **2.2 Indikatorer för uppföljning**

### **RPO Akut vård**

1. Indikatorer för uppföljning av dessa patienter bör innefatta totala antalet oplanerade vårdkontakter inom psykiatri, akutsjukvård, primärvård etc, före och efter intervention (FACT, ERGT).
2. Tillgången till sängplatser inom somatik/psykiatri per 1000 invånare bör korreleras till möjligheterna att få tillgång till självvald inläggning...

### **RSG HTA**

Första indikatorn som gäller förekomst är ett viktigt ingångsmått men är det ett resultatmått? Behövs indikatorer även för samsjuklighet?

### **RSG Uppföljning och analys**

Antalet indikatorer för bra (8 st). En korrekt uppdelning på process- och resultatmått med rimlig fördelning mellan dessa samt prioriterade indikatorer i båda kategorierna.

### 3. Bakgrund till vårdförlopp

#### 3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

##### RSG HTA

Källa saknas till de nio djupintervjuerna. Hur valdes de personerna ut, vilken erfarenhet hade de och hur väl representerades olika delar av Sverige?

#### 3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

#### 3.3 Arbetsprocess

##### RSG HTA

Är representationen i arbetsgruppen över hela landet tillfredsställande?

#### Referenser

##### RPO Akut vård

[file:///C:/Users/4B97/Downloads/1753-2000-6-10%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/4B97/Downloads/1753-2000-6-10%20(1).pdf) – om förekomst av NNSID i populationer bland olika länder

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-009-9145-z> utvecklandet av beteende-terapier i resurssvaga områden m stora behov. Bakgrunden t utvecklandet av FACT m PJ Robinson and K Strohsal

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/66498360/s0005-7894\\_2898\\_2980017-820210421-695-ikpnr1-libre.pdf?1619055563=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAssessing\\_the\\_field\\_effectiveness\\_of\\_acc.pdf&Expires=1678926594&Signature=Nrl5V8JDVxr7ZnF2s~EbCPvPpfwgtxrhbR7RWrv8bHyQtqjGZo-ooBw5PjvnSNOL1P4W2oqyKdUUHh0i-eUnWumhNxx2w~yD6JjgcqDSg8mKQXMGmf5MIHPjRLuRkbF2LJweKbuVndLBWaznncwWbYFJsCg3QZ1SdzCi438Yow6TesMctJcG-zO0aUO8REfPrN61poJ9m08gkxarx1VEzq0TLwYXyzEpJTczHmK3y9vayOhE0ZtgRpN0B-j8ale9SSRC63sr~iTPc0m84DfXMVfjYrnqAnt1Y9ypXbDHzf7oOFL4s2yRrA4u03ofZcYqes6Pt0NzDhXPWsGIUWnQA\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/66498360/s0005-7894_2898_2980017-820210421-695-ikpnr1-libre.pdf?1619055563=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAssessing_the_field_effectiveness_of_acc.pdf&Expires=1678926594&Signature=Nrl5V8JDVxr7ZnF2s~EbCPvPpfwgtxrhbR7RWrv8bHyQtqjGZo-ooBw5PjvnSNOL1P4W2oqyKdUUHh0i-eUnWumhNxx2w~yD6JjgcqDSg8mKQXMGmf5MIHPjRLuRkbF2LJweKbuVndLBWaznncwWbYFJsCg3QZ1SdzCi438Yow6TesMctJcG-zO0aUO8REfPrN61poJ9m08gkxarx1VEzq0TLwYXyzEpJTczHmK3y9vayOhE0ZtgRpN0B-j8ale9SSRC63sr~iTPc0m84DfXMVfjYrnqAnt1Y9ypXbDHzf7oOFL4s2yRrA4u03ofZcYqes6Pt0NzDhXPWsGIUWnQA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA) – Effekt av ACT i primärvård riktat mot patienter med varierande orsak till beteendestörningar.

##### RSG HTA

Få referenser (8). Saknas det helt relevanta vetenskapliga publikationer från 2015 och senare? Referensnumren anges inte i vårdförloppets textavsnitt.

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

##### RPO Akut vård

Bör inte insatser/terapeuter finnas där patienterna oftast befinner sig: dvs inom primärvård och Akutsjukvård? Där (Akutsjukvården) ligger i nuläget även de största kostnaderna.

### **RSG HTA**

Välskrivet och det framkommer med tydlighet att kostnader kommer att öka initialt och att behovet av personal ökar, även om det på längre sikt finns en förhoppning om att kostnaderna sjunker. Den hälsoekonomiska analysen är bra i sitt enkla upplägg med två scenarier (nuläge respektive önskat läge), men det vore bra med en avslutande analys mellan dessa i en egen tabell (nu redovisas de separat från varandra).

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

### **Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet**

#### **Regionsjukvårdsledningen i Sydöstra sjukvårdsregionen**

Regionsjukvårdsledningen i Sydöstra sjukvårdsregionen konstaterar att vårdförloppen självskadebeteende och depression beskriver en höjd ambitionsnivå med ökade krav på resurser och tillgänglighet. Ur ett ledningsperspektiv föreslår sjukvårdsregionen att vårdförloppen bearbetas ytterligare för att förbättra regionernas möjligheter att implementera kunskapsstöden.

Vårdförlopp som kräver utökade personella insatser tar lång tid att införa fullt ut i ett läge med utmanande ekonomi, kompetensförsörjningsproblem och uppdämda vårdbehov. Vårt önskemål är därför att vårdförlopp i högre utsträckning beskriver hur uppsatta mål kan nås med befintliga resurser.

Det är angeläget att ansvariga programområden definierar och prioriterar kvalitetsindikatorer som går att fånga och följa via ordinarie vårddokumentation. Det är också angeläget att vårdförlopp endast beskriver vad som ska göras och överläter till respektive huvudman att organisera arbetet.

Beskriv gärna hur de nya vårdförloppen och tidigare framtagna vård- och insatsprogram bör användas var för sig och tillsammans.

#### **RPO Akut vård**

En liten fundering gäller en etiskt kontroversiell fråga: De patienter med allra störst självskadebeteende samt personlighetssyndrom bör kanske nedprioriteras gällande inneliggande/heldygnsvårds-insatser då de har lägre chans till tillfrisknande sett till insatsen. Resurstilldelning för en patient bör kanske korreleras till förbättring inom en bestämd tidsrymd (1 år?) och om avsaknad av positiv beteendeförändring skett i form av minskat självskadebeteende (och därmed minskat sjukvårdsbehov) bör de mest kostnadsdrivande insatserna avslutas.

#### **RPO Äldres hälsa**

Äldre personer med självskadebeteende omnämns inte i vårdprogrammet. Enstaka fall av självskadebeteende finns bland äldre men dessa måste då handläggas som specialfall. Inga övriga specifika synpunkter på detta dokument ur ett äldreperspektiv

#### **RPO Kvinnosjukdomar och förlossning**

Vårdförloppet beskriver problemområdet väl och ger en tydlig rekommendation till utredning, behandling och uppföljning. Vi ser att vårdförloppet kommer att bidra till mera jämlik vård och att patienterna kommer att få en mera personcentrerad vård.

### **RPO Primärvård**

Har man funderat kring primärvårdens ingång i vårdförloppet, tex. hur omfattande utredning eller hur allvarligt självskadebeteende måste föreligga för att föranleda remiss till specialistpsykiatri? Många patienter med lindrigare självskadebeteende som primärt problem eller sekundärt innevarande andra områden som faller inom diagnoser kopplade till psykisk ohälsa behandlas inom primärvården. Primärvården har inte tillgång till de behandlingar som listats inom psykiatri i nuvarande vårdförloppsremiss.

För självskadebeteende är det inte vanligt att dessa patienter har uppföljning inom primärvården för det tillståndet utan möjligen att det finns med som komorbiditet vid andra kontakter.

### **RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

Våld i nära relationer nämns inte. Självskadebeteende kan vara ett tecken på att man kan vara våldsutsatt. Borde därför finnas med.

### **RPO Hälsofrämjande**

Välskrivet och bra inledning - Det innebär bland annat att patienters och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i patientjournalen vad vården tar ansvar för och vad patienten gör själv.

Om du vill fortsätta besvara enkäten vid ett senare tillfälle så använd den här länken:

<https://reply.surveymethods.com/go.aspx?u=49815iVUpyEeZZMkDE78J>