

Delprojekt 31

Självskadebeteende - slutrapport

2022-12-29

Bakgrund



Självskadebeteende innebär att en individ avsiktligt orsakar skada mot sig själv. Det är ett vanligt problem bland unga och särskilt bland personer med psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar. Självskadebeteende används oftast för att hantera känslor eller minnen men leder ofta till allvarliga konsekvenser. Det är behäftat med stigma och ett avsevärt lidande för både personen själv och även anhöriga. Självskadebeteende innebär även att suicidrisken avsevärt ökar. För vården leder patienter med självskadebeteende ofta till stress hos personalen samt omfattande direkta och indirekta kostnader.

I nuläget finns det evidensbaserad behandling som hjälper en majoritet av de som lider av självskadebeteende. Dock finns en betydande grupp som inte blir hjälpta. I dessa fall kan ibland omfattande psykologiska, medicinska och sociala insatser behövas.

Socialstyrelsen har beslutat att viss vård vid svårbehandlat självskadebeteende ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid tre enheter för vuxna och för barn vid två enheter. Region Skåne/psykiatri Skåne tilldelades i december 2021 tillstånd om att bedriva nationell högspecialiserad vård för patienter med svårbehandlat självskadebeteende. Verksamheten startar 1 januari 2023. Vid Vuxenpsykiatrimottagning emotionell instabilitet i Lund bedrivs sedan tidigare specialiserad behandling för patienter med självskadebeteende. I verksamheten ingår även forskning, handledning och utbildning.

Målsättning med delprojektet

- Kartläggning av nuläge avseende patienter med självskadebeteende och nuvarande vårdprocess/vårdkedja
- Beskrivning av kompetenser och resurser för omhändertagande av patienter med självskadebeteende
- Föreslå samverkansformer inom Södra sjukvårdsregionen inom området
- Förbereda inför eventuell tilldelning av nationell högspecialiserad vård

Gruppmedlemmar

Magnus Nilson, Psykolog, PhD, Lund (Ordförande)
Sofie Westling, Överläkare, Docent, Lund
Rebecca Nilsson, Skötare, BI-utbildare, Lund
Maria Wänstrand, Sjuksköterska, Lund
Katja Nielsen, Verksamhetsutvecklare, Lund
Conny Allaskog, Brukarrepresentant, Föreningen SHEDO
Jessica Andersson, Brukarrepresentant, Föreningen SHEDO
Johanna Hansen, Brukarrepresentant, Föreningen SHEDO
Erik Ydrefelt, Psykolog, Malmö
Anna Wennerholm, Överläkare, Helsingborg
Jens Åkergren, Kurator, Kristianstad
Hedvig Mannerstråle Paradisi, Psykolog, BUP Skåne
Amir Beglerbegovis, Sjuksköterska, Kronoberg
Ena Sinanovic, Sjuksköterska, Kronoberg
Erik Pettersson, Sjuksköterska, Kronoberg
Liselotte Södervall, Kurator, Blekinge
Susanna Andersson, Skötare, Blekinge
Marie Lindh, Sjuksköterska, Blekinge
Jonas Bjärehed, Psykolog, PhD, Lunds universitet
Daiva Daukantaitė, Docent, Lunds universitet

Nuläge



Som ett led i kartläggningen har arbetsgruppen undersökt vårdutbud och upplägg i Södra sjukvårdsregionen. Information har insamlats av gruppens medlemmar genom vårdadministrativa och personaladministrativa system samt intervjuer och samtal med kliniker, chefer och brukarrepresentanter. En muntlig och visuell genomgång har gjorts för att synliggöra vårdprocessen i de olika organisationerna.

Ett grundläggande problem är att det saknas uppföljningsmått och register för arbetet med självskadebeteende. Aktuella KVÅ-koder för självdestruktiv handling används endast sporadiskt och har således låg validitet. Den tillgängliga statistiken har därför istället utgått från diagnosen emotionellt instabilt personlighetssyndrom och de insatser som är knutna till denna diagnos. Skälen för detta är att denna diagnos är mest tydligt förknippad med självskadebeteende inom psykiatri. Dock erhåller man på detta sätt inte hela bilden. Det finns forskning som visar att risken för självskadebeteende är lika stor i andra patientgrupper. Arbetsgruppen har dock bedömt att viss information bör kunna utläsas från statistiken för emotionellt instabilt personlighetssyndrom. Tidigare forskning har visat att upp till 4-5% av alla personer någon gång haft ett självskadebeteende. Bland unga personer är siffrorna högre, kring 15%. För patienter inom psykiatri är förekomsten

betydligt högre, där bl.a. svenska sammanställningar visat att nästan varannan patient har eller har haft denna problematik.

Samtliga verksamhetsområden har specialiserade team som erbjuder evidensbaserad behandling för personer med allvarligt självskadebeteende. Dessa insatser ges i form av dialektisk beteendeterapi (DBT), mentaliseringsbaserad terapi (MBT) eller emotion-regulation group therapy (ERGT). Därtill finns det särskilda upplägg för heldygnsvård riktat delvis till denna grupp: Brukarstyrda inläggningar (Skåne) eller Frikort (Kronoberg). Det finns även evidensbaserade generalistiska modeller, såsom Good Psychiatric Management (GPM) implementerade helt eller delvis i olika verksamheter (Malmö, Helsingborg och Kristianstad). Se bilaga 1 för mer information.

Specialiserade, evidensbaserade insatser för emotionellt instabilt personlighetssyndrom och/eller självskadebeteende finns i samtliga undersökta områden. I vissa fall ges insatserna via specialiserade team, t.ex. vanligen vid DBT. I andra fall ges de inom ramen för den gängse allmänpsykiatriska öppenvården. Samtliga områden upplever svårigheter att ombesörja självskadevård för personer med funktionsvariation, såsom autism eller intellektuell funktionsnedsättning.

I kontrast till de organisatoriska likheter som arbetsgruppen har kunnat konstatera finns det motsatta upplevelser från brukarorganisationer. Deras erfarenhet pekar på olika bemötande, väntetid och upplägg beroende på vilken klinik som man söker vård hos. Det finns en uppfattning att vården för personer med självskadebeteende kan vara otydlig och svårnavigerad. Av den anledningen föreligger det ett stort behov av att begripliggöra och utbilda allmänheten i dessa frågor. Det är viktigt att patienten ska ges kunskap om hur vårdkedjan ser ut och fungerar, till exempel gällande väntetider, eller hur ett bedömningsamtal går till.

Brukarorganisationer har gjort utredningar och intervjuer där det framkommit brister i vården kring självskadebeteende. Dessa har fört fram bristen på tillgänglighet och felaktigt bemötande med brist på kunskap som huvudproblem, men också för mycket tvångsvård och förvaring. När väl rätt diagnos är ställd och rätt behandling aktualiserad så upplevs vården som bättre, men inte för alla. Framför allt är det fortsatta problem om autism är huvuddiagnosen eftersom det inte alltid finns bra behandlingsalternativ. Det kan finnas en rädsla att söka vård och att i samband med detta inte bli tagen på allvar. För de som tidigare har negativa erfarenheter från psykiatri eller andra vårdinstanser kan motståndet att söka vård igen vara extra stort.

Enligt kartläggningen från brukarorganisationerna är det vanligt att patienter hamnar mellan stolarna, till exempelvis de med samsjuklighet eller de i övergången mellan BUP och vuxenpsykiatri. Andra sårbara tillfällen är vid semestertider eller när vårdkontakten är frånvarande av andra skäl. Vid flera inkopplade aktörer är det av största vikt att alla jobbar utifrån patientens behandlingsplanering och mål. Långa väntetider till utredning och/eller behandling upplevs som ett stort problem för personer med självskadebeteende. För personer där det misstänks en neuropsykiatrisk

funktionsnedsättning i kombination med självskadebeteende kan det bli en långvarig process med utredning innan behandling blir aktuell. Stödande insatser upplevs ofta saknas under väntetiderna, vilket kan ge stora konsekvenser för individen. Under väntetiden kan mycket i livet ha påverkats negativt, till exempelvis relationer, ekonomi eller arbete/studier.

I dagens läge finns det för lite förebyggande insatser och för lite vårdinnehåll för patientgruppen. Det finns även problem gällande försörjning och behandling (Unga Vuxna). Från brukarorganisationen finns det erfarenheter som tyder på att barn- och unga kan ha en rädsla att söka vård eller prata med någon på grund av oro för att vårdnadshavare ska underrättas. Här behövs mer kunskap till de unga hur vårdnadshavares delaktighet ser ut beroende på ålder och mognad hos barnet, samt vilka rättigheter och möjligheter barnet har att söka vård och stöd på egen hand.

FLÖDEN

Som tidigare beskrivits finns ingen tillförlitlig statistik av antalet patienter med självskadebeteende inom de olika områdena. Arbetsgruppen har valt att fokusera på siffror för emotionellt instabilt personlighetsyndrom vilket endast återspeglar en del av sanningen.

Område	Antal patienter	Antal besök	Insatser*
Malmö	220	5242	MBT DBT ERGT
Lund	181	4528	DBT ERGT
Helsingborg	46	1699	DBT ERGT
Kristianstad	100	1868	DBT ERGT
Skåne BUP	25	Ej tillämpbar	DBT
Kronoberg	140	Ej tillämpbar	DBT ERGT
Blekinge (inkl BUP)	65	3000	DBT MBT ERGT

Tabell 1. Statistik över patienter, insatser och besök på enheter som är specialiserade på självskadebeteende. * För förklaring av insatstyp – se bilaga 1.

Område	Antal platser	Antal individer
Malmö	4	130
Lund	8	153
Helsingborg	4	101
Kristianstad	1	35
Skåne BUP	2	50
Kronoberg	Ospec	80-100
Blekinge (inkl BUP)	Ospec	Ospec

Tabell 2. Antal platser och kontrakt/individer för Brukarstyrda inläggningar/Frikort för inläggning

Därutöver finns en särskilt vårdkrävande grupp av personer med samsjuklighet och funktionsvariation som inte svarar på behandling. Denna målgrupp är huvudfokus för Nationell högspecialiserad vård (NHV). En uppskattning av antalet är dock svårt då de troligen ofta kan finnas inom olika organisationer (habilitering, kommunal vård, behandlingshem, rättspsykiatri). Uppskattningsvis handlar det om 25-30 patienter per år i Södra sjukvårdsregionen.

Det finns idag inom regionerna olika praxis för intagning i slutenvård och väntetidsförfarande. Utöver detta är det oklart om patienter alltid aktualiseras för insatserna. Ofta kan också små försämringar i resurserna påverka väntetider mycket negativt. Eftersom väntetidsförfarande, intagningskriterier och praxis för t.ex. väntelistor skiljer sig markant från olika områden blir jämförelser mellan de olika områdena svår att genomföra.

Via brukarorganisationerna framkommer det att väntetiderna till bedömning och behandling upplevs omständliga och långa. Generellt är man nöjd med behandlingarna men det finns faktorer som kan behöva utvecklas. Det framkommer bland annat behov av ökad delaktighet och inflytande på behandlingen. En erfarenhet från målgruppen är att behandlingen inte motsvarar önskemålen, samt att det i för låg grad sker en dialog med patienten. Det finns en upplevelse av att vården kan vara lösningsfokuserad i så hög grad att det aktiva lyssnandet, genuina engagemanget eller medmänskligheten inte får plats, trots att detta för många är en viktig faktor i all behandling eller kontakt med vården. Särskilt uttalade upplevs svårigheterna för patienter med autism.

KOMPETENSFÖRSÖRJNING- OCH RESURSSITUATIONEN IDAG OCH FRAMÅT

Arbetsgruppen ser svårigheter med kompetensförsörjningen på kort och lång sikt. Det är generellt svårt att rekrytera personal i allmänhet och med rätt utbildning och erfarenhet i synnerhet. Vanligen saknar sökande erfarenhet av psykiatri eller självskadebeteende – eller bådadera. Det finns också en kunskapsbrist om på vilket sätt olika symptom och funktionsvariationer, utöver de som finns vid emotionellt instabilt personlighetsyndrom, påverkar utvecklandet och behandlingen av självskadebeteende.

Det finns också en tydlig kunskapsbrist om bemötandet av målgruppen bland vårdpersonal. Självskadebeteende är så vanligt att kompetens om rätt bemötande måste finnas även på icke-specialiserade mottagningar. Även om det är viktigt att knyta specialistkompetens till specialiserade mottagningar finns det också ett stort behov av kunskapsförstärkning på bredden inom vården.

Brukarorganisationerna delar uppfattningen att personal- och kompetensbrist drabbar vården av patienter med självskadebeteende. Brist på personal innebär att vårdavdelningar stänger och insatser begränsas. Det finns också en generell brist på psykologer vilket är olyckligt eftersom patienter ofta beskriver samtalsterapi som en central del i vården.

Arbetsgruppen konstaterar att kartläggning av kompetenser inom och mellan kliniker är svår. Inom vissa områden är stor del av insatserna kopplade till särskilda team, t.ex. Malmö och Lund. I andra områden är arbetsuppgifterna fördelade på s.k. basmottagningar som har detta som en arbetsuppgift jämte andra.

Område	Profession	Antal
Malmö	Läkare	1
	Sjuksköterska	1
	Psykolog	10
	Kurator/socionom	0
	Skötare	1
	Övrig	2
Lund	Läkare	1
	Sjuksköterska	4
	Psykolog	3
	Kurator/socionom	2
	Skötare	3
	Övrig	1
Helsingborg	Läkare	0
	Sjuksköterska	0
	Psykolog	3
	Kurator/socionom	3
	Skötare	0
	Övrig	0
Kristianstad	Läkare	0
	Sjuksköterska	0
	Psykolog	2
	Kurator/socionom	0
	Skötare	4
	Övrig	4
Skåne-BUP	Läkare	0
	Sjuksköterska	1

	Psykolog	5
	Kurator/socionom	3
	Skötare	1
	Övrig	0
Kronoberg	Läkare	1
	Sjuksköterska	1
	Psykolog	1
	Kurator/socionom	1
	Skötare	5
	Behandlingspedagog	1
Blekinge (inkl. BUP)	Läkare	0
	Sjuksköterska	4
	Psykolog	3
	Kurator/socionom	0
	Skötare	7
	Övrig	0

Tabell 3. Bemanning på olika platser med koppling till vård av patienter med självskadebeteende

PÅGÅENDE FORSKNING OCH UTVECKLINGSPROJEKT

Det finns i nuläget en ökande andel forskning- och utvecklingsprojekt kopplat till självskadebeteende. Denna forskning görs mestadels kring universiteten. För lista med några pågående projekt – se bilaga 2.

Analys



PROBLEMMOMRÅDEN/UTVECKLINGSOMRÅDEN

- Det saknas indikatorer och register för planering och uppföljning av vårdinsatser för självskadebeteende. Idag utgår man ofta från diagnosen "emotionellt instabilt personlighetsyndrom" men detta ger inte en sann bild då det är felaktigt att sätta likhetstecken mellan denna problematik och självskadebeteende.
- Det är ett stort problem att patienter med funktionsvariation inte får tillgång till behandling. Det finns anpassad behandling för personer med självskadebeteende och funktionsvariation men denna är inte evidensprövad, spridd eller generellt tillgänglig. Det saknas även god forskning kring denna behandling och dess effekter vilket gör en fullskalig implementering problematisk.

- Det föreligger också brister i behandlingen såväl på bredden som på djupet. Det saknas t.ex. evidensbaserad behandling för allvarligt sjuka personer med självskadebeteende. Därtill är det organisatoriska ansvaret otydligt.
- På bredden behövs det utökade insatser för prevention och första linjens behandling för självskadebeteende. De specialiserade enheterna har svårt att ombesörja den vård som efterfrågas.
- Det finns behov av att bättre utnyttja patienterfarenheter för utvärdering och utveckling. Användande av redan framtagna metoder, såsom Brukarrevision och Patientforum bör öka.
- Utbildning om självskadebeteende för professioner, i synnerhet kring bemötande, brister. Utbildningarna bör i större utsträckning innehålla inslag som ger ett hoppfullt perspektiv på möjligheten till återhämtning, gärna med deltagande från patienter med egen erfarenhet som berättar om sin historia och sin väg ur självskadebeteendet.
- Vidare finns det en brist på stöd och utbildning till anhöriga från vården. Anhöriga bör ses som friskfaktorer för patienten och som en självklar samverkanspartner. Förvisso finns det lokala insatser samt att brukarföreningar har egna program och utbildningar för samtalsledare. Överlag bör samarbetet mellan brukarorganisationer och vårdorganisationer förbättras.

Förslag



Arbetsgruppen kan konstatera att vården av patienter med självskadebeteende har många välfungerande delar men även mycket utvecklingspotential. Utifrån ovan beskrivna kartläggning och analys föreslår arbetsgruppen följande åtgärder:

1. Samla och samverka kring utbildningsinsatser. Organiserar en sjukvårdsregional satsning med ansvar för att, baserat på de behov som vården och näraliggande organisationer har av bemötandebildning gentemot självskadebeteende, utveckla och genomföra ett standardiserat utbildningspaket för vårdpersonal. Uppdraget bör även inbegripa utbildning för närstående. Satsningen, som bör sträcka sig över minst två år, bör också inkludera samordning och administrativt stöd. Målsättningen bör vara att redan befintliga resurser delas mellan regionerna och att erfarenheter utbytes. Verksamheten bör synkroniseras och utformas i nära samarbete med brukarorganisationer. Eventuellt kan också arbete med förebyggande insatser utanför vårdens organisation, såsom vid skolor, frivilligorganisationer, idrottsföreningar, etc. inkluderas. Eventuellt kan ansvaret för denna punkt läggas på Region Skånes NHV-enhet.

2. Stimulera etablerandet av så kallade generalistiska modeller. Kartläggningen har visat att det idag är svårt att tillgodose de behov som finns samt svårt för patienter med självskadebeteende att navigera genom vården. Syftet med generalistiska modeller såsom GPM (se bilaga 1), är att på bredare front erbjuda vård till patienter med självskadebeteende och härigenom nå fler patienter tidigare i vårdkedjan. På detta sätt blir vården mer likvärdig och tillgänglig i Södra sjukvårdsregionen. En satsning på generalistiska modeller med utgångspunkt från evidensbaserade metoder bör omfatta såväl utbildningsinsatser som handledning men sannolikt även i vissa fall tillskott av resurser.
3. Utred arbetsuppdelningen mellan rehabilitering och psykiatri för patienter med samtidig funktionsvariation. Detta är en särskilt drabbad grupp som ofta inte får tillgång till anpassade insatser för självskadebeteende. Detta beror både på bristande evidens samt organisatoriska uppdelningar. Utredningen ska syfta till att etablera ett djupare operativt samarbete där båda organisationernas kompetens kommer patienten till godo. Ett sådant samarbete skulle också sekundärt kunna leda till att nödvändig forskning inom detta område kan komma till stånd.
4. Precisera och utveckla uppdraget för NHV-enheten. NHV-uppdraget ska i första hand riktas till patienter med allvarlig problematik och samsjuklighet som, trots erbjudande av evidensbaserad behandling, inte uppnått symptomminskning och funktionshöjning inom en given tid. NHV-uppdraget ska utgå från ett multidisciplinärt arbete i samarbete med inremitterande klinik och samarbetspartners under upp till 24 månader. Syftet med detta är att patienterna vårdas nära sin hemort och i fortlöpande kontakt med de som sedan skall fortsätta kontakten med patienten. Till NHV-uppdraget hör också ett ansvar för att bedriva forskning rörande insatserna för den aktuella patientgruppen vilket är angeläget då det i stort saknas behandlingsforskning för denna målgrupp.

Även om arbetsgruppen ser stora samordningsvinster med föreliggande förslag innebär också förslagen vissa ökade kostnader för i första hand handledning och utbildningsinsatser men också administrativa resurser. Eventuellt kan uppdraget att ansvara för utbildningsinsatser enligt punkt 1 läggas på NHV-enheten och att tillfällig ersättning söks från Södra sjukvårdsregionens utvecklings- och utbildningsfond. På sikt kan annan finansieringsform övervägas.

Sammantaget bedöms det finnas stora potentiella vinster och få risker med ovannämnda förslag. Implementering och förankring via kliniker, brukarorganisationer och andra aktörer är förstås en utmaning som underlättas av extra finansiering – tillfälligt eller om möjligt långsiktig.

Beslut i Södra regionvårdsnämnden



Efter Södra regionvårdsnämndens ställningstagande tar respektive region beslut om hur föreslagna åtgärder ska införas.

Uppföljning av beslutet görs efter ett år av Södra regionvårdsnämnden.

Bilaga 1.

EIPS- Emotionellt instabilt personlighetssyndrom: Ett psykiatriskt syndrom som kännetecknas av allvarliga svårigheter med relationer och känsloreglering. Personer med EIPS har ofta självskadebeteende och suicidalt beteende samt svårigheter med ilskeutbrott. Problematiken är varaktig och innebär ofta en tydlig funktionsnedsättning.

DBT-Dialektisk beteendeterapi: Ett evidensbaserat behandlingsprogram som har god evidens för behandling av EIPS. Inom behandlingsprogrammet lärs bl.a. färdigheter ut för att hantera känslor, kriser samt att vara mer ändamålsenlig i relationer. Patienter deltar både i individuell behandling och gruppbehandling samt har ofta tillgång till krisjour via telefon.

MBT- Mentaliseringsbaserad terapi: Ett evidensbaserat behandlingsprogram som har god evidens för EIPS. Behandlingsprogrammet fokuserar på att förbättra och stabilisera patienternas förmåga att förstå och hantera känslor och relationer. Patienter deltar i individuell behandling och i gruppbehandling samtidigt.

ERGT- Emotion Regulation Group Therapy: En 16 veckors strukturerad gruppbehandling med viss evidens för behandling av självskadebeteende. Fokus för behandlingen är inläring av impulshantering, känsloreglering, återfallsprevention samt ändamålsenligt agerande.

BI- Brukarstyrda inläggningar: Ett beforskat strukturerat upplägg där patienter med suicidalt beteende erhåller ett kontrakt där de ges möjlighet att skriva in sig själv utan läkarbedömning i heldygnsvård i upp till tre nätter, tre gånger i månaden för stabilisering och stöd.

Frikort eller fribiljetter: Ett upplägg där patienter vid behov ges möjlighet till förbedömd inskrivning i heldygnsvård. Finns i olika former och upplägg.

GPM- Good Psychiatric Management: Ett behandlingsupplägg med relativt god evidens för öppenvård av personer med EIPS. Utgår från ett antal principer vilka används för att hjälpa patienten med EIPS att bättre förstå och hantera sin problematik. GPM är utformat för att vara mindre resurskrävande än DBT och MBT och utgöra ett komplement till dessa behandlingsmodeller.

Bilaga 2.

1. KOGNITIV FUNKTION, PERSONLIGHETS DRAG, FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH HJÄRNAVBILDNING VID SJÄLVSKADEBETEENDE

Christina Thylander, ST-läkare, doktorand, Danielle van Westen, huvudhandledare, docent, neuroradiolog, Magnus Nilsson, bihandledare, PhD, Sofie Westling, PI, docent.

Detta projekt undersöker aspekter av kognitiv funktion, funktionsnedsättning i vardagen och personlighetsdrag i relation till aktuellt och eventuellt tidigare självskadebeteende hos en kohort patienter på en allmänpsykiatrisk mottagning samt friska personer. Projektet kommer även baserat på fynden från dessa frågeställningar och genom att utföra de kognitiva testerna i MR-kamera undersöka skillnader som mäts med funktionell hjärnavbildning samt med volumetri.

2. SJÄLVOMHÄNDERTAGANDE VID SJÄLVDESTRUKTIVT BETEENDE.

Magnus Nilsson, PhD., Jonas Bjärehed, PhD.

Forskning har indikerat att personer som har självskadebeteende har lägre funktionsnivå, även jämfört med personer med annan psykiatrisk problematik. I denna studie undersöks självrapporterade orsaker till funktionsnedsättning hos personer med självskadebeteende och psykiatrisk problematik. Ett antal personer kommer att djupintervjuas.

3. HJÄLPSÖKANDE FÖR SJÄLVSKADEBETEENDE. VILKEN ROLL SPELAR ATTITYDER, PERSONLIGHET OCH EXPONERING FÖR SJÄLVSKADEBETEENDE?

Magnus Nilsson, PhD. Daiva Daukantaitė, docent.

Självskadebeteende, d.v.s. att avsiktligt och upprepat skada sig själv, är ett vanligt förekommenade fenomen särskilt bland unga människor. Dock ber de flesta människor inte om hjälp för denna problematik och det är en mindre andel som kommer till vårdens kännedom. I detta projekt undersöks faktorer som spelar roll för hjälpsökande relaterat till självskadebeteende.

4. UPS AND DOWNS IN MENTAL HEALTH - EN NY FLEXIBEL VÅRD OCH STÖDMODELL FÖR ÖKAD HÄLSA OCH FUNGERANDE I VARDAGEN BLAND PERSONER MED ALARMERANDE OCH KOMPLEXA BEHOV AV PSYKISK HÄLSA.

Ulrika Bejerholm, professor

Idag finns ingen modell för hur vården ska möta de växlande behoven hos personer med komplexa psykiatriska behov med svårt självskadebeteende och hög risk för suicid. Målet med studien är att implementera och utvärdera den flexibla vårdmodellen Flexible Assertive Community Treatment i form av en randomiserad klinisk studie.

5. SKATTNINGSSKALOR GÄLLANDE SJÄLVSKADEBETEENDE

Utveckling och översättning av skattningsskalor relaterat till självskadebeteende. Sammantaget har tre skalor bearbetats och ett pågående arbete sker med ytterligare två skalor.

6. BRUKARSTYRDA INLÄGGNINGAR (BI)

Sofie Westling, docent

Effekter av implementering av BI för personer med upprepat självska debeteende på vårdanvändning utifrån registerdata.

1. En studie där registerdata från två orter som implementerat BI (Lund och Helsingborg) jämförs med två orter som implementerat BI 4-5år senare

Hälsoekonomisk analys av data från en randomiserad klinisk studie med särskilt fokus på de individer som använt mest heldygnsvård

2. En hälsoekonomisk utvärdering utifrån resultaten i den randomiserade studien, kan utgöra ett viktigt bidrag till riktlinjer för när och hur individer med upprepat självska debeteende och risk för suicid bör erbjudas BI.

BI för barn och ungdomar

3. Genom intervjuer med ungdomar, deras vårdnadshavare och personal, undersöka hur BI fungerar för att kunna anpassa och standardisera metoden fullt ut för målgruppen samt vilka delar av metoden som upplevs som effektiva och inom vilka områden de största effekterna verkar finnas av att få tillgång till metoden.

Intervjuer med närstående till personer med egen erfarenhet av Brukarstyrda inläggningar.

4. Närstående till personer med upprepat självska debeteende och risk för suicid är en särskilt utsatt grupp. Studien undersöker upplevelsena av att vara närstående till en individ som vårdas med BI jämfört med sedvanlig heldygnsvård, eller hur de upplever att vården lägger ett ökat ansvar för säkerheten på individen som vårdas.

5års uppföljning av individer som har tillgång till BI

5. Det finns idag få långtidsuppföljningar av individer som vårdats på sjukhus för upprepat självska debeteende. Målsättning med studien är att över en tidsperiod på minst 5 år, årligen följa individer som vårdats på sjukhus på grund av upprepat självska debeteende och fått tillgång till BI.

BI, ledarskap, arbetsmiljö och attityder till självska

Personal som arbetar med BI beskriver hur den vänder upp och ner på hierarkin i sjukvården. Vi har därför genomfört en större studie gällande arbete med BI, ledarskap, arbetsmiljö och attityder till självska. Resultaten håller på att bearbetas och vi planeras att publiceras under 2023.