

# Nya vårdformer för patienter med allvarliga självskadebeteenden och allra störst behov av heldygnsvård

---

Dokumentation från nationell ledningskonferens den 7:e maj 2014  
Uppföljningskonferens planerad till 14 oktober i Stockholm

## *Introduktion - Clara Hellner Gumpert*

80 representanter för ledningen i psykiatri i Sverige samlades på Blu Radisson Hotell på Arlanda. Clara Hellner Gumpert hälsade deltagarna välkomna, presenterade mycket kort Nationella självskadeprojektet och introducerade dagens tema. Hon redovisade resultatet av den prevalensmätning projektet genomfört.

Syftet med dagen var att fokusera på vården för dem allra störst vårdbehov.

- Vad bör karakterisera vården för denna grupp?
- Hur kan vi utveckla nya och bättre vårdformer?

– Under dagen behöver vi komma framåt i hur vi kan arbeta tillsammans. Över gränsen mellan öppen vård och heldygnsvård, över organisationsgränser och inom landet. Detta är en liten grupp personer kring vilka det behövs hittas gemensamma lösningar. Syftet är att skapa en arbetsgrupp som fortsätter efter dagens möte som arbetar fram konkreta förslag.

## *Tydlig signal från regeringen - Anders Printz*

Anders Printz, regeringens samordnare inom PRIO, psykiatri-satsningen fortsatta med poängtera att det aldrig har funnits så goda möjligheter som nu att mobilisera kring områden som är viktiga. Han lyfte upp tre saker som är psykiatriens ödesfrågor

### Kunskap

Det är viktigt att fokusera mer på frågan om evidensbas, kunskapsbas kring insatserna vi gör. Fokus behöver vara på utredning/bedömning och bättre diagnostik. Ordentlig diagnos, ordentlig utredning är grundläggande och centralt för patientsäkerhetsfrågan. Bra att pröva nya behandlingsformer och sätt för ordnat införandet.

### Attityder.

Vi har sett konkret resultat de senaste 5 åren. En nyckel är de 350 ambassadörer som berättar om sina erfarenheter och driver frågor. Attityderna har ändrats i Sverige, de senaste 5 åren. Psykiatrien måste ta på sig och också vara en drivande kraft i detta.

Tvångsåtgärder.

Vi behöver tänka ännu mer specifikt på att fasa ut vissa tvångsåtgärder. Arbetet i projektet Bättre vård mindre tvång är helt centralt. Vi behöver tänka på ett helt annat sätt kring tvångsåtgärder.

### **Vårdnivåer**

Avslutningsvis poängterade han att personer med allvarliga självskadebeteenden inte skall få vård vid rättspsykiatriska kliniker.

– Det blir en sammanblandning av olika uppdrag och perspektiv. Projektet kommer leda fram till flera saker. Helt nya kompetenser i allmänpsykiatrin, nya metoder och modeller i vården. Men inte minst, vi behöver högspecialiserad vård – någon annanstans än i rättspsykiatrin.

### *Ing-Marie Wieselgren*

Ing-Marie Wieselgren poängterade att alla ni behöver kraftsamla och bidra i processen att snabbt hitta en bra lösning. Den lilla gruppen svårast sjuka behöver mer.

Hon påminde om vårdnivåerna och att dagens diskussion skulle fokusera på de med allra störst behov som idag ofta får vård inom rättspsykiatrin.

– Det är detta vi vill ha hjälp med idag. Hur vi ska gå från prat till verkstad Det behövs nya former och att vi gemensamt använder våra resurser. Nu måste vi komma framåt i snabb takt. Då måste ni hjälpa till!

### *Klockan är 10 över 12 - Anita Åkesson,*

Anita Åkesson, chef för Rättspsykiatriska kliniken i Växjö inledde med att bekräfta att hon inte heller ser att de ska vårdas inom rättspsykiatrin. En nationell samling kring hur alternativen ska utvecklas är nödvändigt – det är en nationell fråga. Hon efterlyste fokus på den här gruppen. Hon poängterade att det är ont om tid. Vi är 10 över 12. Men man bör bygga vidare på det som finns idag.

### *Grunden i en väl uppbyggd öppenvård - Magnus Skog*

Magnus Skog är enhetschef inom psykiatrin i Södra Älvsborg berättade hur de har arbetat för att undvika dysfunktionella inläggningar. Korta inläggningar för att ge patientens skydd är nödvändigt. För att det hela ska fungera krävs att man fokuserar på patientens ansvar och delaktighet genom hela vårdkedjan. Dagvårdens uppgift är att "leda ut" patienten från slutenvård, och man har goda erfarenheter av den intensiva dagvårdsbehandling som erbjuds. Magnus betonade att det finns stora utbildningsbehov också på den kommunala sidan. Han sammanfattade i några punkter vad som behövs i öppenvård för att undvika slutenvård.

- Bemötandekompetens och kultur
- Tillgänglighet till beprövad behandling
- Intensiv dagvård med generalisering
- Familjeband – stöd till patientens nätverk

- Synkad öppenvård-akutverksamhet och slutenvård
- Samarbete med kommunpsykiatrisk verksamhet

Ett väl utbyggt utbud av behandlingsmetoder lyftes också fram. I Södra Älvsborg har de en täckning med 1 DBT-team per 100 000 invånare. I Borås finns ett specifikt omvårdsteam för de som inte blir bättre. Dessa har mycket kommunal samverkan, bland annat med medarbetare vid gruppboenden om tydliga krisplaner mm.

### *Bättre vård mindre tvång – Catrin Hägerholm och Anna Thurang*

Projektet Bättre vård – mindre tvång deltog via film och berättade kort om programmet Gamma/Delta och Theta. Kritiska framgångsfaktorer för förbättringar och minskade tvångsåtgärder i programmen är.

- Aktivt ledarskap. Att överläkare och chefer varit drivande, så att team och medarbetare blivit drivande.
- Patient och brukardelaktighet på riktigt som deltagare i, eller konsulter i teamen eller som bollplank på hemmaplan.
- Hopp – det går att hitta lösningar, det går att hitta och genomföra förbättringar
- Att kunskap om metoder i förbättringsarbete sprids – att fler lär sig arbeta med systematiskt förbättringsarbete.

Dessa lärdomar bör inspirera även övrigt arbete kring självskadebeteende.

### *Temagrupper*

Deltagarna formulerade ett antal delteman med utgångspunkt i dagens övergripande tema; Vården för de med allra störst behov av heldygnsvård. Dessa redovisas i en bilaga.

### *Fortsättning- aktivt ledningsarbete i hela landet*

Ledningskonferensen den 7:e maj var en nystart för det mer konkreta arbetet att utveckla och förankra nya specialverksamheter för de med allra störst behov av heldygnsvård. En av dagens slutsatser var att alla landsting/regioner behöver ha vård med hög tillgänglighet på olika vårdnivåer och med olika evidensbaserade/ väl underbyggda, metoder för att nå det övergripande målet att minska inläggningarna av unga i slutenvården och att minska antalet tvångsåtgärder.

Ledningarna för psykiatrin nationellt behöver enas kring hur man ser organisering av vården för de med allra störst behov heldygnsvård. Nationella självskadeprojektets uppdrag är att stödja ledningarna i denna process och ge ett beslutsunderlag baserat på bästa tillgängliga kunskap. Behovet av vård ska till största möjliga mån mötas hemlandstinget. Först när detta inte gett önskat resultat skall den nationellt specialiserade heldygnsvården kunna bli aktuell.

En bedömning är att det behövs specialenheter i Sverige. Dessa skall vara organiserade utanför rättspsykiatrin och ha ett nationellt uppdrag.

- Under mötet bildades en arbetsgrupp vars uppdrag är att ge förslag vad gäller vårdinnehållet och vårdmiljö. Denna har en tydlig uppdragsbeskrivning och skall lämna preliminär rapport till Nätverket för lednings och styrning **den 25-26:e september och slutrapporter den 1:e december**
- Ytterligare en arbetsgrupp kommer arbeta med frågan om finansiering, viss organisationsfrågor och huvudmannaskap.
- Uppföljande nationell ledningskonferens inom psykiatriområdet är planerat till den **14:e oktober**. Målgrupp är deltagarna vid konferensen på Arlanda 7 maj men även representanter från ledningspersoner inom verksamheter som inte deltog
- Under hösten arbetar ledningsnivåerna inom psykiatri med deras förmåga att möta behoven hos de med allra störst behov av heldygnsvård och vilket behov av hjälp de kan behöva av en specialenhet.

Dagen visade på ett fortsatt stort engagemang för frågorna. Projektet har i stort mötts av ett stort engagemang bland ledning och medarbetare och det finns en stark vilja inom psykiatri att vidareutveckla bättre vårdformer för de med allra störst behov.

# Bilaga

---

Under eftermiddagen arbetade deltagarna i sju olika grupper för att fördjupa teman som de lyft innan lunch.

## Tema: Utveckling av metoder och vårdmiljöer

I gruppen betonades följande teman:

- Utveckla bemötande och människosyn.
- All personal behöver få samma utbildning
- Viktigt att medarbetarna är trygga i sina team

### Autonomi

- Man ska inte bara ha patienten i centrum utan **utgå från patientens centrum**
- Konsekvent uppmuntra och förstärka all kommunikation som stärker autonomi och beteenden som är alternativa till självskadebeteende.
- Premiera alla friska alternativ och vistelse utanför avdelningen

### Samverkan:

- Överbrygga svårigheter i övergångar mellan vårdformer, ex. från slutenvård till öppenvård eller vid utskrivning från regionpsykiatri.
- Rutiner för samverkan ex SIP behöver användas

### Vårdutveckling

- Utveckla behandlingar och vårdmiljöer för personer med autism och utvecklingsstörning och självskadebeteende
- Förbättra de fysiska vårdmiljöerna ex skapa lugna rum där patienten själv bestämmer över allt
- Erbjud alternativ till farmakologisk ångestlindring dygnet runt

### Konkreta råd till verksamhetschefer utifrån *patientens fokus*:

#### Utbildning

- Ordna gemensamma och samtidiga utbildningar i bemötande för all personal (inkl. läkare, chefer, sekreterare)

#### Organisation

- Skapa multiprofessionella utredningsteam som tillsammans med patienten:

- Utreder diagnos, begåvning, funktionsnivå, neuropsykiatri, behandlingshistorik samt behov av kommunala insatser
- Utifrån utredningen upprättar vårdplan, SIP och en arbetshypotes.
- Ödmjukt och regelbundet utvärderar ovanstående och är beredda på att bilden kan förändras
- Avsätt medel för gränsöverskridande verksamheter som kan följa patienter i övergångarna mellan vårdformer
- Uppmuntra dina medarbetare att "gå genom murarna", dvs arbeta verksamhetsövergripande och sök upp varandra inom slutenvård, BUP och Vuxenpsykiatrisk vård.
- Avsätt medel för vård baserad på kvalitetsmått och vårdtyngd

#### Investeringar/ verksamhetsutveckling

- Samverka till nationella riktlinjer för behandling och utredning
- De svårast sjuka kräver hög personaltäthet
- Ge utrymme för att skapa vårdinnehåll på avdelningarna som:
  - Lugna rum/ fysisk vårdmiljö
  - Psykoedukation om tex ångestlindring
  - Bolltäcken
  - Patientråd
  - Yoga, keramik, gym, läsning mm
  - Spegling

## Tema: Specialiserad enhet

I diskussionen kring en särskild enhet för behandling av dem med allra störst vårdbehov konstaterades att det sannolikt behövs flera olika tidshorisonter för åtgärder, kortare sikt och längre sikt. På längre sikt var de flesta överens om att det sannolikt behövs någon sorts specialiserade enheter med möjlighet att ta emot de patienter som idag behandlas inom rättspsykiatrin. Vård inom rättspsykiatrin ansågs inte optimalt, samtidigt som man idag inte ansåg sig ha möjligheten att möta alla patienters behov. På kortare sikt kunde det, enligt några gruppdeltagare, vara nödvändigt att även fortsättningsvis vårda patienter vid rättspsykiatrisk klinik.

- För att svara mot det långsiktigare behovet framkom i gruppen synpunkter på att mellan 1-8 enheter kunde behövas. Dessa borde upprättas som samarbeten mellan olika intressenter (ex flera landsting) och eventuellt också med särskilda ekonomiska och kompetensmässiga tillskott. Enheterna borde upprättas utifrån en helhetssyn (enhetligt behandlingskoncept) och dessa enheter kunde också utgöra en generell (ambulerande) kompetensresurs för andra enheter inom vården. "Landstingsdrivet behandlingshem" var en liknelse som ansågs kunna fånga den typ av verksamhet som behövdes. Det framhölls också att ett bra förslag kring detta tidigare formulerats inom nationella självskadeprojektet (av Stenmark & Alleskog).
- Behov av en utökad diskussion kring hur verksamheter hanterar avvägningen mellan patientens behov av skydd och behandling – att man ibland inte kan erbjuda behandling eftersom man upplever sig tvingad att fokusera allt för mycket på skydd av patienten. Detta torde också vara en fråga som kräver särskild diskussion för en ev specialistmottagning.
- En synpunkt vara att mer utförligt använda sig av case-management och olika försök med intensiv vårdplanering och intensiva behandlingsinsatser innan patienten hänvisades till mer specialiserad vård. Här trodde man också att mer samarbete i form av vidareremittering av patienter mellan enheter på "samma vårdnivå" om samarbetet mellan vård/patient inte fungerar.
- En särskilt viktig fråga för en specialistenhet skulle vara att noggrant formulera kritiker för vilka patienter/målgrupp som verksamheten fokuserade på.
- Risker med högspecialiserade mottagningar ansågs dels vara att kompetensnivån i vården i övrigt kunde minska (man behöver inte ta lika stort ansvar längre) och att den geografiska centraliseringen skulle minska tillgängligheten.

## Tema: Samverkan och Omvårdnad.

Diskussionspunkter redovisas nedan

- Det kan finnas vinster med att personal som arbetar i öppenvårdens DBT-team också tjänstgör inom heldygnsvården och där fungera som kulturbärare mellan HDV och öppenvård.
- Det finns på många håll stora kunskapsluckor vad gäller arbetssätt och kompetens inom kommunpsykiatrisk verksamhet, för att överbrygga detta behövs lokala samverkansarenor och kompetensutveckling
- Inom sjukvården är det av vikt att det är kontinuitet i vårdprogrammen i vårdens olika områden. Det finns positiva erfarenheter från Östergötland där PAL i öppenvården även är det i heldygnsvården.
- Det finns skäl att öka olika professioners mandat, fr.a omvårdnaden inom HDV.
- Idag arbetar ofta den personal med lägst kompetens närmast patienten.
- Gruppen menar att HDV aldrig kan vara en uppbygglig miljö på sikt för målgruppen.
- Erfarenheter av ACT-team (ACT, FACT, RACT) diskuterades som ett möjligt sätt att arbeta med de mer vårdkrävande.
- Gruppen diskuterade "när sluta vårda" och hur arbeta med att konkurrera ut destruktiva beteende med hälsofrämjande beteenden.
- Tvinga oss att samverka via SIPar eller avtal.
- Det framhölls i gruppen att det är lättare att få till god samverkan om man har en dialog med kommunen kring funktionsnedsättning än kring symtom och diagnos.
- Samverkan med hälso- och sjukvården somatiska del finns goda erfarenheter av sjuksköterskekonsultationer efter som det är dem inom både psykiatri och somatiken får hantera situationen.
- Våga sluta behandla? Tidigt upptäcka när HDV försämrar tillståndet. Viktigt att ge patienten en "karta" för perioden på HDV. Viktigt att utvärdera om öppenvårdskontakt ger effekt. Hur? Bättre sluta behandla än att skicka patienten på LRV-vård.
- Patientstyrd inläggning diskuterades i gruppen, vårddygn på recept?
- Samverkan med anhöriga diskuterades. Goda erfarenheter av familjeband finns från flera områden. ERITA projektet visar också på stort behov hos anhöriga i att bli delaktiga.

Konkreta förslag:

- Jobba med arbetssätt som konkurrerar ut destruktiva beteende med hälsofrämjande beteenden
  - Behålla tänket att patienten behandlas bäst inom öppenvården och att acceptans och respekt finns att vårdplanera tillsammans med öppenvården och att den planeringen som öppenvården står för är den långsiktiga. Viktigt med säkrad dialog mellan HDV och öppenvården.
  - Testa sjuksköterskekonsultation mellan psykiatri och somatik i samband med suicidförsök och självskadebeteende.
  - Vi måste hitta enkla samverkansformer på olika nivåer.
  - Utöka samverkan med anhöriga, gärna i former som familjeband eller liknande.
- Sekreterare och gruppleddare: Magnus Skog



## FoUU

### Subtema utbildning

- Behövs grundkompetens hos alla som ska jobba
  - "minst 50% ska ha högskoleutbildning"
  - grundläggande omvårdnadskompetens"
  - alla får utbildning i DBT-förhållningssätt"
- Hur förvalta och upprätthålla kompetens
  - Utnyttja den kompetens som finns på avdelningen
  - Bergenmodellen = bra förvaltningsmodell
  - Låt personal gå i samma färdighetsträningsgrupp som patienter?

### Subtema handledning

- Kontinuerlig handledning i samma arbetsmetod som den utbildning man får
- Bra att filma sessioner
  - "man skärper sig när kameran är på"

### Subtema utvärdering

- Att börja mäta påverkar kulturen på avdelningen
  - "Har förändrat hela arbetet"
  - "T o m de som jobbat likadant länge har ändrat sig"
- Långtidsuppföljning och uppföljning över vårdnivåer behövs

### Subtema forskning

- Vi tror mycket som behöver prövas
  - "inte bra med x-vak"
  - "inte bra med långa vårdtider"
- Vi behöver förstå mer om vad som är verksamt
  - Orsak-verkan i vårdprocessen?
  - Är det relationen eller metoden?
  - Ska vi engagera patienterna mer eller på något annat sätt?
  - Smittar beteenden?

### Subtema förstå patienten

- Utredning
- =bas för att kunna anpassa omvårdnadsarbetet
- Fortfarande brister

### "Systematik med flexibilitet"

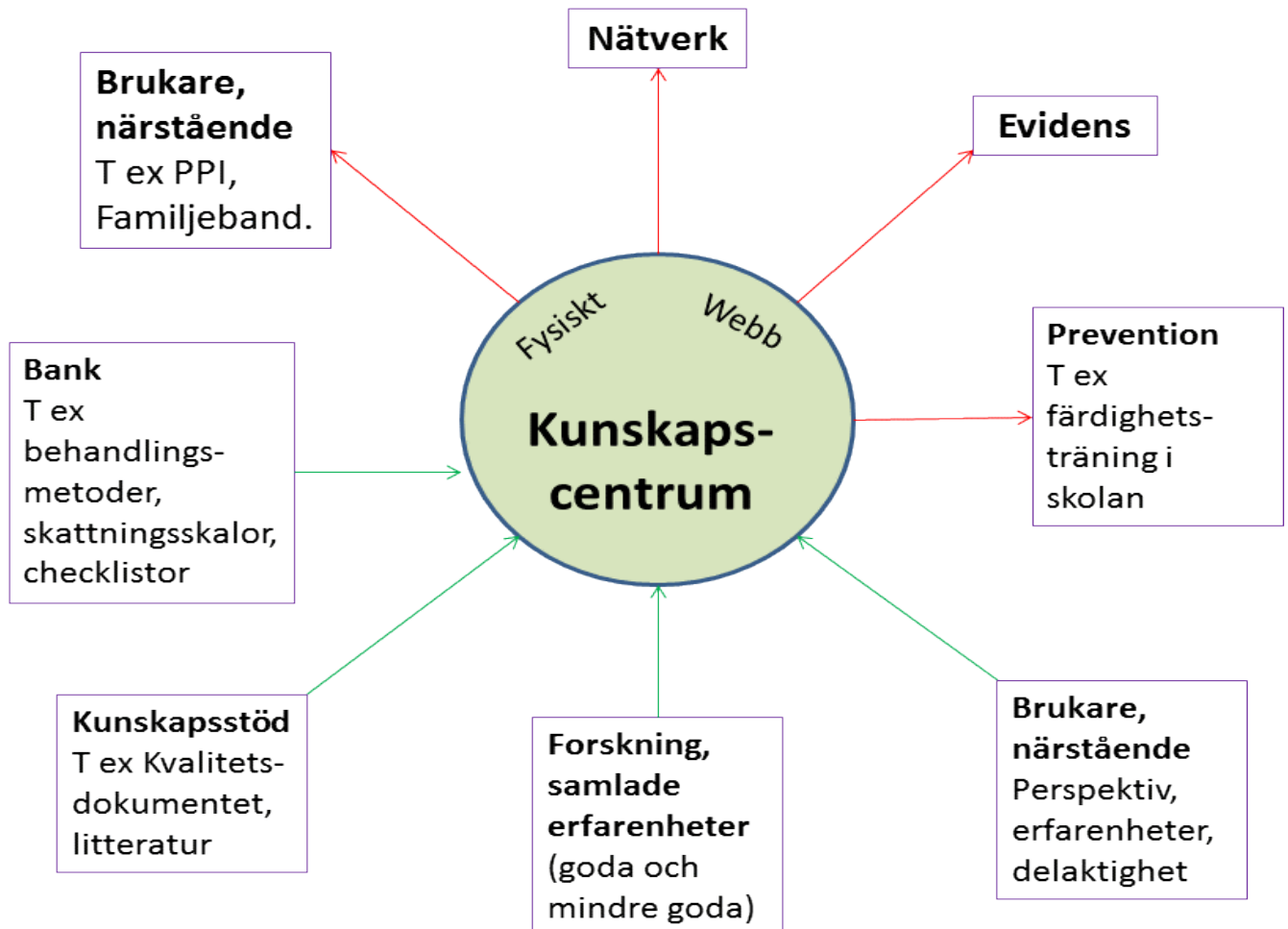
- Generella modeller behövs
  - "det var nästan obehagligt att se teatern – man känner igen sig"!
- Individuell anpassning behövs

- Alla patienter är inte lika
- Vissa kan behöva sådant som vi idag inte ger för att det är "fel" (t ex lång vård)

## Kunskapsstyrning

I gruppen diskuterades följande:

- Skapa ett Kunskapscentrum (se bild nedan)
- Behåll nodstrukturen och fortsätt samarbeta utifrån den också efter projektets slut.
- Ha en tydlig koppling mellan Kunskapscentrum enligt nedanstående modell och högspecialiserad enhet/enheter (eventuellt en enhet per nod, för närhet och med tanke på återanpassning till hemort).



## Bemötande

Gruppen som samlades kring temat bemötandet berörde frågan ur många perspektiv. För det första behöver "bemötandet" lyftas upp fram som den centrala del av vårdinsatsen som den förtjänar. Det kan vara helt avgörande för patientens prognos och ska inte betraktas bara som en "mjuk" fråga. Flera delade erfarenheten av att medarbetare inte klarar av detta idag, speciellt i slutenvårdsmiljöer. Det kräver förutom förmåga till inlevelse och men en också intellektuell kapacitet för att själv få perspektiv på, och utmana de processer som kan uppstå i institutionsliknande miljöer, där några har en roll att hjälpa andra som just för tillfället har behov av det. Förmågan och kapacitet till att i pressade situationer ge ett gott bemötande behöver lyftas in redan i rekryteringsprocessen betonade en deltagare.

Bemötande en ledarskapsfråga. Chefen behöver på flera sätt ta ansvar för bemötandet som aspekt i verksamheten. Tydliga signaler, ett ledarskap som självt är ett föredöme och konkreta insatser för att utveckla bemötandet behövs. Det finns ingen enskild metod som kan garantera att personalen ger ett gott bemötande. Detta behöver man arbeta med på olika sätt. Men några exempel lyftes fram i gruppen. I Östersund utbildas store delar av medarbetarna i psykiatri i bemötande, i Stockholm har man testat Vårdskapet, en utbildning och process för att förbättra sin förmåga till välkomnande och bemötande. Dialogutbildning är en form som är testad i Skåne och Jönköping. Södra noden i Nationella självskadeprojektet, har konceptet Att möta självskadebeteende, *Att möta självskadebeteende. Kunskap, förståelse och färdigheter för hjälpande insatser*. 22 utbildningar kommer genomföras under 2014 i de sju södra länen. Exempel gavs på hur avdelningar med hjälp av projektet Bättre vård mindre tvång hittade goda strategier. Behovet av olika insatser för att utveckla, värdegrund och bemötande lyftes fram och projektet uppmanades hjälpa till att sprida erfarenheter av

## Ledning, styrning och organisation

### ***Gruppens slutsatser i fet och kursiverad stil.***

Gruppen diskuterade värdet av en sammanhållen vårdkedja och berättade om hur det var på de olika klinikerna. Fanns dagvård på flera ställen med goda erfarenheter och gruppen frågade sig varför det inte finns överallt?

***Tydlig åsikt från gruppen är att för att minimera behovet av en stor specialiserad HDV krävs att man utbildar och stärker i hela vårdkedjan och för alla yrkeskategorier på ett långsiktigt sätt.***

***Behövs metod mellan traditionell öppenvård och fullskalig DBT, "diversifierat utbud".*** L-L berättade om ERGT som inom ramen av nodarbetet prövats för användning i Sverige. Kan nog bli det efterfrågade alternativet när det är färdigt för att spridas.

***Självskadeprojektet behöver beskriva "stepped care" för den här gruppen.***

***Grundläggande diagnostik, ex "basutredning" fr Sthlm en förutsättning för att kunna erbjuda rätt vård.***

***Behövs kunskapsstyrning för att kunna ge stöd till ledningsstyrning. Det sk Kunskapsdokumentet är efterlängtat.***

***Vi omvärldsspanar för lite och är för mycket upptagna med att lösa gårdagens brister som gett dagens problem.*** I detta sammanhang berättades om s.k. egen-inläggning som har sitt ursprung i Stavanger i Norge men nu kommer att prövas bl a i Stockholm.

***Tips att ta hjälp av patientföreträdare, ex attitydambassadörer, när vi utbildar.***

***Vi måste våga pröva nya kompetenser inom HDV för denna patientgrupps ex specialpedagoger och/eller socialpedagoger.*** Här berättade man om erfarenheter på några ställen i Sverige av detta.