

Textning av avsnitt 93 av Socialstyrelsens podcast På djupet – om självvald inläggning inom psykiatri

Hanna

- Hej och välkomna till Socialstyrelsens podcast På djupet, där vi i det här avsnittet ska prata om metoden och vårdformen självvald inläggning (SI) inom psykiatri. Socialstyrelsen gjorde nyligen en utvärdering och kartläggning av SI och det är bland annat den vi ska få höra mer om. Och med mig i samtalet idag har jag Maral Jolstedt som är utredare på Socialstyrelsen, välkommen.

Med finns också Mårten Jansson som är utvecklingsledare på Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) som är en samarbetsorganisation för patient, brukare och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Välkommen du också!

Och med på länk finns också Sofie Westling som är överläkare inom Psykiatri Skåne och forskare vid Lunds universitet. Välkommen du också Sofie!

Och jag som leder samtalet heter Hanna Anander och jag är kommunikatör på Socialstyrelsen.

Maral vad är självvald inläggning, SI?

Maral

- SI som också lika ofta kallas för brukarstyrd inläggning, BI, det är en metod kan man säga där patienter som har särskilda överenskommelser

med psykiatrin, har möjlighet att skriva in sig själva på slutenvården, eller heldygnsvården som det också kallas, utan att det överprövas av hälso- och sjukvården. SI erbjuds oftast patienter med en historia av återkommande inläggningar på slutenvården, där kanske andra insatser inte hjälpt eller kanske till och med förvärrar symptomen. Det handlar oftast om patienter med återkommande självdestruktiva handlingar, patienter med psykossjukdomar eller patienter med depressioner och bipolära tillstånd. Och syftet med att erbjuda SI är att öka tillgången till heldygnsvård, att förebygga kriser och att öka patientdelaktigheten och självbestämmande i vården.

Hanna

- Men om patienten får lägga in sig själv, är det då patienten som är ansvarig för insatsen?

Maral

- Nej, det kan man inte säga. Patienten kan inte hållas ansvarig för insatsen, även om det är tänkt att patientens delaktighet och medbestämmande ska öka. SI är att betrakta som en hälso- och sjukvårdsinsats, så att det då är hälso- och sjukvården som ansvarar över insatsen. SI består av olika moment där olika personer inom hälso- och sjukvården ansvarar för de olika delarna och därför så tänker vi på Socialstyrelsen i alla fall att ansvaret ligger övergripande på verksamhetschefen som behöver se till att det finns tydliga rutiner som förtydligar vem som gör vad och ansvarar över vilket moment. Och som jag tror jag antydde inledningsvis att även om hälso- och sjukvården är ansvariga för vården, det vill säga måste se till att den är patientsäker, dvs att SI erbjuds patienter som kan tillgodogöra sig den, så ser vi ingen motsättning i att insatsen ändå kan erbjudas patientcentrerat, det vill säga att patienten bjuds in i planering och lyssnas till med respekt och tillit.

Hanna

- Sofie, du är ju medicinskt ansvarig för en psykiatrisk vårdavdelning i Lund som använder den här metoden, men ni kallar det då brukarstyrd inläggning. Apropå det som Maral pratar om här patientsäkerheten, vad säger du om det?

Sofie

- Ja, det är ju en oerhört viktig fråga i sammanhanget och jag skulle säga att det var en av de svåraste diskussionerna vi hade när vi startade med brukarstyrda inläggningar här 2015 och för att förstå detta fullt ut så behöver man veta att gruppen som i första hand riktade oss till då var personer med upprepat allvarligt och livshotande självskadebeteende. Och

det är en grupp som historiskt sett ofta blivit klart försämrade i hel-dygnsvården, med accelererande självskadebeteende och ökad risk för tvångsvård. Och det här suicidnära beteendet som de här personerna hade har ofta gjort att vården velat ta kontroll över säkerheten hos personer som vårdas, och det i sin tur har lett till att den som vårdas tappar i självständighet och tappar kontakt med saker som gör livet värt att leva, som barn och djur och jobb och vänner och brukarstyrda inläggningar som vi kallar det, vänder då på steken och personen som vårdas får istället lova att inte skada sig själv under BI, men erbjuds mycket stöd för att klara detta och dessutom får en möjlighet att söka vård i tid innan de mår urakut dåligt.

Hanna

- Så hur organiserar man SI på ett patientsäkert sätt om man är vårdgivare, vad är framgångsfaktorer för det skulle du säga, Sofi?

Sofi

- Jag skulle säga att tydligheten och förutsägbarheten är framgångsfaktorer i kombination med ett gediget och gott välkomnande bemötande och hög tillgänglighet. De här fyra faktorerna tycker jag nog är de viktigaste, och en del för att skapa detta är det vi kallar för kontraktet, dvs avtalet mellan personen som får vård, hens öppenvårdsbehandlare och avdelningen som erbjuder BI, och där lovar avdelningen tillgänglighet, förutsägbarhet och välkomnande bemötande, och individen som vårdas lovar att ansvara för sin egen säkerhet. Och vi har ett mycket väldefinierat vårdinnehåll med tydliga ramar vad det gäller tid och frekvens för inläggningarna. Och det skapar förutsägbarhet och trygghet och vi har testat det här för en mängd personer som är suicidnära med självskadebeteende, inklusive de allra svårast sjuka. Och nu sen vi har startat egna avdelningar med BI så har vi också lättat upp så även personer med lindrigare psykiatriska problem kan få tillgång till BI och vi tycker att det funkar.

Hanna

- Maral, Socialstyrelsen gjorde ju nyligen en utvärdering och kartläggning av självvald inläggning, i vilken utsträckning används den här metoden?

Maral

- Kartläggningen visar att SI har spridit sig snabbt i landet, framförallt de senaste åren. I dag finns SI i någon form i 18 av landets 21 regioner. Men kartläggningen visar också att det finns stora variationer i arbetssätt och utformning, både inom och mellan regionerna. Det skiljer sig till exempel åt för vilka patienter grupper som SI finns tillgängligt, hur tillgången till SI-platser är och hur rutiner ser ut för personal och patienter,

vilket påverkar den här förutsägbarheten och tillgängligheten som Sofie faktiskt nämner. Vår bedömning är att SI är en vårdform under utveckling där de här stora variationerna till stor del tros bero på hur långt verksamheterna kommit i utvecklingen av SI, men också utvecklingen av andra mellan vårdsinsatser och heldygnsvården överlag.

Hanna

- Hur många patienter handlar det om?

Maral

- Under våren 2021 så fanns det ungefär sammantaget 70 platser i landet för SI och det var cirka 925 patienter med aktiva kontrakt eller överenskommelser. Flest patienter med tillgång till SI finns i Region Skåne och i Region Stockholm.

Hanna

- Mårten, jag ska vända mig till dig nu för ni på Nationell samverkan för psykisk hälsa har som en del av utvärderingen gjort en undersökning kring patienters och anhörigas erfarenheter av självvald inläggning inom psykiatri. Vad säger patienterna om hur det fungerar?

Mårten

- Överlag skulle man väl säga att de tycker att det funkar bra. Vi försökte undersöka det här på ett liksom lite bredare sätt än att fråga om man var nöjd med vården bara utan vi gjorde undersökningen så att det handlar om att man gör en bedömning av hur man tycker att ens tillvaro fungerar innan man fick tillgång till självvald inläggning, ur flera olika perspektiv, både kring hur det funkar på jobbet eller med studier eller med privatlivet, med relationer och fritidsaktiviteter och så där. Och då kunde vi se att alla de här och psykiska hälsan förstås, att på alla de här olika livsområdena så bedömer de flesta, en övervägande del, att det har blivit bättre på alla områden och en ganska stor andel också, kan ganska precist säga att det är tack vare att man har fått tillgång till självvald inläggning, att det är den här skillnaden, när jag kan ha en annan relation till vården, så kan mycket annat börja funka för mig. Sofie nämnde det här med relationen till djur och familj och sånt där, och det där skulle jag nog säga är klon för patienten i det här att när jag kan ta en större makt och mina initiativ för min vårdprocess eller återhämtningsprocess, att det finns en plats för att jag tar initiativ då kan mycket, då faller många bitar på plats, och börjar hälsan bli bättre så börjar mycket annat bli bättre och sådär. Indirekt så blev ju också det här en bedömning av hur man har upplevt tvångs och slutenvård utan självvald inläggning, för att det är ju det man jämför med för att alla patienterna har ju en lång historia av mycket vårdkontakter som har funkade ganska dåligt. Vi fick ju därmed

också någon slags allmän temperatur på hur man har upplevt vården generellt, men särskilt då ur perspektivet att man sedan har fått prova det här självvald inläggning.

Hanna

- Men är det bara positiva erfarenheter?

Mårten

- Nej, eller det är intressant för att nästan alla patienter har ju fattat vilken bra idé det här är för man kan skapa den här förståelsen och då är det ju också så att när det inte funkar så blir man kanske ännu mer frustrerad att han har blivit erbjuden en vårdform där tanken är att vi ska kunna samspela på ett annat sätt och så är det ändå samma gamla psykiatri jag möter och vi kunde ju hitta lite fler faktorer som vi kunde se gjorde att det funkade bättre eller sämre. Jag tror till exempel det här som Sofie nämnde att man har särskilda avdelningar, för att kommer du in på en vanlig avdelning där personalen också liksom springer på mycket andra bollar och sådär så blir man lätt bortglömd, och då var det ju ingen vits att komma dit självmant. Vi har en ganska bra och konkret lista med mer hur man bör göra det, som vi fick fram.

Sofie

- Vi har gjort tre studier där vi har intervjuat personer som använder BI i olika skeden. Dels har det varit personer med massiva erfarenheter av heldygnsvård och tvångsvård och dels personer som fick tillgång till metoden precis i början när vi implementerade och dels nu senast ungdomar 14 till 19 år, om hur de upplever BI och för och nackdelar. De rapporterade precis de fördelar som Mårten säger när man kommer in på nackdelar så det de tar upp som den tyngsta punkten, det är när de stöter på personal som inte kan metoden tillräckligt bra. De säger ”Ni måste utbilda mer, ni måste utbilda oftare, de måste fatta, jag kan inte lära upp dem av vad BI är, det måste ni göra” och då blir de riktigt upprörda för att för att de hoppas på något annat och har blivit lovade något annat. Och så kommer samma gamla psykiatri som du säger och ska bestämma över dem.

Hanna

- Maral, du vill flika in något.

Maral

- Jag ville bara komplettera att det här är ju, en del av den här kartläggningen handlade om att inventera vårdgivarnas erfarenheter som vi presenterar i rapporten. Och vårdgivarna, det intressanta blir att de beskriver samma sak, det vill säga att de förstår konceptet, vill att vården ska

bli mer personcentrerad, vill bjuda in patienterna. Men när det inte finns en tydlighet internt heller så kan till och med SI bidra till ökad stress, problem, svårigheter. Så jag tänker det här är ju, när SI funkar som det tilltänkt det är då det blir bra på något sätt.

Mårten

- Men en väldigt spännande sak där tänker jag, är att det här, när SI funkar, det var ju också något som vi fick fram ganska bra i patientintervjuer och sånt där, att vad det är som funkar när det blir bra och det är ju - vården måste ju lösa det här med patientsäkerheten, hur man skriver avtal och hur man bemannar organiserar det är ju väldigt mycket, men det är inte de lösningarna som är målet, utan målet är någon form av upplevelse hos patienten och indirekt också hos personalen som får en bättre arbetsmiljö, tror jag. Men det där var ju patienterna ganska tydliga med att det handlar ju om att vi samarbetar med en vård på lika villkor, mina initiativ är lika viktiga som deras kompetens. Och det är det vi möts i, och det är jätteviktigt att behålla den där känslan av jämlikt och långsiktigt samarbete. Det var väldigt intressant att vi kunde få fram det så tydligt och det manifesteras i att det är kompetent personal, att det är lätt att söka och det lätt att komma dit och massa såna här saker.

Sofie

- Får jag bara flika in ett citat här, jag har hört patienter som säger just att eller är personer som får BI som säger att det är som om man helt plötsligt spelar på samma planhalva, att man är med i samma lag som ska hjälpas åt med det här, och det upplever dem som har tvångsvårdats mycket som en oerhörd skillnad. Nu är det vi tillsammans mot symptomen kris och sjukdomen i stället för att man hamnar i nån sorts maktkamp med vården kring vad man tror är klokast.

Mårten

- Och om man ska säga något lite mer filosofiskt intressant där så är det ju synd att de behöver skrivas särskilda överenskommelser med patienterna för att de ska få den känslan. För det är ju det man hoppas att man liksom ska känna i alla vårdkontakter man har. Men det är en oerhört viktig lärdom tror jag, att jag tror på det viset att SI/BI är ju liksom en föregångare i hur man ska jobba personcentrerat på det viset, hela vården har mycket att lära sig av det.

Hanna

- Nu pratar vi mycket om patienterna här, så klart. Ni även tittat på de anhörigas erfarenheter, vad säger de?

Mårten

- Jo, de får ju njuta frukterna av det här också i stor utsträckning. Väldigt mycket anhörigkontakter som när det funkar så är det så att ”jag kan koppla av, jag behöver inte gå och oroa mig för mår hon eller han dåligt, borde jag se till att de söker vård”, utan när det här kommer i gång så blir det en trygghet i familjen väldigt mycket som känns från alla skulle jag säga. Men även där är det så att på sina ställen så även om man har infört SI så verkar det ändå vara så att psykiatrin har svårt att föra dialog med kommunernas omsorg och så där och då blir det alla sådana bollar hamnar i anhörigas knä ändå, och då blir ju de frustrerade förstås. Det här visar samma gamla psykiatri lite grann, men att när det blir bra så blir det väldigt kännbart bra och när det blir dåligt blir det som förut.

Hanna

- Och ni har ju i er undersökning kommit fram till en del konkreta faktorer som verkar vara centrala för att självmald inläggning ska fungera. Kan du nämna några av dem?

Mårten

- Jag lite var jag väl inne på det här med att skapa den här känslan av samarbete som jag nämnt här. Det är ju en ganska mjuk, ett mjukt värde, men som jag är helt övertygad om att man kan styra mot och följa upp. Men vi har en ganska lång lista med just det här med särskilda avdelningar. Att man vid varje besök får ett bra samtal där man liksom hjälps åt att komma fram till vad vill vi att det här besöket ska vara till för och att man också utvärderar det innan man går därifrån. Många patienter tyckte nog också att det är dumt när det blir för stelt att det bara är upp till tre dagar. Det där borde kunna vara lite mer behovsanpassat för vissa patienter behöver fem dagar för att landa och vissa kan klara sig på två så att det där borde man kunna töja lite mer på efter individbehov tror jag, så att det inte blir för fyrkantigt. Men det är det får man titta i vår rapport, vi har många bra förslag. Men det jag skulle säga som det kanske vi tyckte var viktigast att skicka med, det är ju egentligen vad vi tycker att vården borde fundera på när man vill starta SI, att man inte fastnar i det här organiserandet och sånt som är viktigt, men att man... där tog vi fram faktiskt några förslag på frågor som jag tycker den första frågan som vården bör ställa sig vill vi samarbeta med patienterna? Är det verkligen vår avsikt? Har vi ett system som stödjer att vi kan samarbeta? Och vad behöver vi förändra hos oss för att patienterna ska känna att vi är jämställda? Då är det kanske rätt mycket man behöver fundera på, som jag tänker att man ska ta med sig.

Hanna

- Sofie ur vårdgivarperspektiv, vilka övergripande erfarenheter har ni av att ha infört SI eller BI då i Skåne?

Sofie

- Goda skulle jag säga, och framför allt sedan vi startade två avdelningar uteslutande för BI och som är bemannade med omvårdpersonal, men bara en väldigt, väldigt liten procent av de läkare som gör bedömningarna. Och det gör att undanträngningseffekterna som man har sett i en del andra regioner försvinner eftersom BI avdelningarna inte konkurrerar med akutplatserna och dessutom upplever de som använder BI att vårdmiljön är mycket lugnare och mer välkomnande. Och vi har ju en del personer hos oss som är traumatiserade av heldygnsvården och de vågar komma till BI avdelningarna. Det är bara för BI, och upplever då den öppna miljön som betydligt bättre.

Hanna

- Men har alla alltid varit positiva?

Sofie

- Nej, verkligen inte. I början skulle jag nog säga att det kändes ganska ensamt ibland, och många, framför allt läkarna, var rädda för vad som skulle hända och vem som skulle vara ansvarig om folk skulle dö. Och man hade skräckvisioner och tankar om att personer skulle lägga in sig i syfte att suicidera på avdelningarna och att avdelningarna skulle överbefolkas med personer som inte behövde vård eller skulle ta livet av sig på plats. Folk hade sådana skräckvisioner innan vi startade, eller precis när vi startade och de första fyra åren så stod jag därför själv som ansvarig för alla BI-platser i Skåne och det fungerade eftersom jag hade ett fantastiskt stöd från förvaltnings- och verksamhetsledningarna. BI är ju en metod som inte kan implementeras utan stöd uppifrån, eftersom den innebär att skötare och undersköterskor som skriver in och ut svårt suicidala personer, de behöver tillit både mellan personer som vårdas och skötarna, men också mellan skötarna och deras ledning. Men vi har ju utvärderat det här noggrant i en randomiserad studie och ingen har ju suiciderat på BI och vi har haft färre självskador än jämfört med vanlig heldygnsvård, och det är bara enstaka självskador skulle jag säga, och bara enstaka personer som har självskadats på BI det är väldigt, väldigt ovanligt.

Hanna Anander

- Märten du vill lägga till något här?

Mårten

- Ja jag tänker att den här osäkerheten inför när man ska införa sånt här är ju ett tecken på att man som vård, både personal eller vården som system är otroligt ovan vid att tänka att vi ska samarbeta med patienterna. Man tänker att det är vi som ska ha kontroll. Det sitter ju liksom på något vis i styrsystemet och väggarna och yrkesstoltheten kanske ibland och sådär och det där får man nog jobba lite med för att vända på det där perspektivet så att personalen känner sig trygg. För jag är helt övertygad om att när man kommer in i det så tror jag att belöningen som personal är väldigt stor. Att man känner den här personcentreringen är någonting som gör mig skickligare i mitt arbete.

Håller du med om det Sofie?

Sofie

- Helt ut och jag har sett, det är inte bara personer som får vård som jag sett växa med ansvaret och uppgiften och tilliten, utan det är också skötare, undersköterskor, som har vuxit oerhört med den här nya de här nya arbetsuppgifterna. Jag tänker att det är verkligen en vinst för flera på flera håll. Och de många, det är inte alla som tycker om eller trivs och jobbar med brukarstyrd inläggning, men, väldigt många gör det och de har svårt att tänka sig att jobba med något annat.

Hanna

- Maral. För att återgå då till Socialstyrelsens utvärdering, vilka övergripande slutsatser görs i utvärderingen?

Maral

- En övergripande slutsats i rapporten är kring det vetenskapliga stödet och där kommer vi fram till att stödet är otillräckligt i nuläget, i alla fall sett till att det har gjorts för få studier med tillräckligt hög kvalitet. Sofie nämnde randomiserade kontrollerade studier och det finns inte många gjorda dessvärre. Men trots det här otillräckliga vetenskapliga stödet så tror vi att SI och andra liknande mellanvårdsinsatser och krisinterventioner kan bidra till, och till och med är viktiga i bidragandet till, att utveckla heldygnsvården, att bli mer jämlik personcentrerat och sammanhållet för de här grupperna som är särskilt sårbara och utsatta. En annan viktig observation och slutsats som vi drar är att vissa, men inte alla, vårdgivare har hittat sätt att erbjuda SI som är patientsäkra och patientcentrerade. I rapporten så beskriver vi vilka framgångsfaktorerna är för att vårdgivaren ska möjliggöra att SI blir patientsäkert och patientcentrerat, och vi tror verkligen att det underlaget kan vara till hjälp och av värde för de verksamheter som erbjuder SI eller funderar på att erbjuda SI.

Hanna

- Och vilka är de här framgångsfaktorerna?

Maral

- Vår bedömning är nog att den viktigaste framgångsfaktorn, och som både Sofie och Mårten har varit inne på, för det första väl förankrade rutiner och procedurer som då sträcker sig både över öppen- och slutenvården där patienten har sina vårdkontakter. Det handlar om att göra vården och SI förutsägbart för personalen, för annars blir den inte förutsägbart för patienten. Och sen så tänker vi att en lika viktig framgångsfaktor att all personal som träffar patienter med tillgång till SI har rätt kunskap och kompetens. Och då gäller det både om syftet och avsikten med SI, men också om patientens behov och övergripande vårdplanering och om patientcentrerad vård och patientsäkerhetskultur där man lär sig och utvecklas löpande.

Hanna

- Sofie, hur tänker du att man som vårdgivare kan göra för att säkra att personal har kunskap och kompetens för att möta patienter med SI?

Sofie

- Jag tänker att man behöver utbilda, utbilda, utbilda och handleda, så vi har ju utvecklat en utbildning för utbildare så att varje region eller varje enhet ska kunna säkerställa för att jag tror att det är ganska hög personalomsättning i vården, och vi har en endagsutbildning i alla rutiner vid brukarstyrd inläggning och då utbildar vi personer som kan ge den endagsutbildningen på ett standardiserat sätt så att alla tänker samma och det är videofilmer och övningar och så vidare. Jag tänker att det är vägen att gå och så kör man den på sin enhet två gånger om året eller någonting, så att alla nya personal och resurser vet vad som gäller.

Hanna

- Mårten, har du någon kommentar till slutsatserna i utvärderingen?

Mårten

- Jag skulle nog vilja lägga till det här liksom lite mer vårdfilosofiska, det här hur... att vi hittar ett sätt också att följa upp om vi klarar av att samarbeta, om vården klarar av att samarbeta och skapa den känslan av jämlikhet mellan patient och vård. Att man hittar sätt att göra det. Och jag tänker att ett sätt att göra det är vid till exempel sådana här personalutbildningar att ha patienter med som har testat det här och som kan berätta varför det blir bra när det blir bra. Och att vi liksom kommer bort

lite från... vården brukar vara ganska bra på att räkna pinnar på saker den gör, men vi behöver hitta fler indikatorer som egentligen bara kanske kan bekräftas av patienterna och att det inte stannar vid att man frågar om du var nöjd, utan att man hittar de här lite mer livskvalitetmåtten på något sätt, där jag tror att SI är oerhört kraftfullt när det funkar.

Hanna

- Har du något som du vill lägga till till sist Sofie?

Sofie

- Precis i början när vi implementerade hade vi en enhetschef som sa ”Men Sofie det här är ett paradigmskifte i vården”. Och jag fattade nog inte riktigt vad han menade då, men jag tycker jag ser det mer och mer, därför att BI har påverkat hur vi erbjuder heldygnsvård i stort så även patienter som inte har kontrakt, när de söker akuten i förväg, innan de skadar sig så blir hjälpta innan de är så dåliga att de skadar sig, innan de försöker ta sitt liv försöker vi lägga in dem och stötta dem en kort period för att komma igenom krisen. Jag tror vi har börjat lyssna och samarbeta på ett annat sätt än vad vi gjorde för fem sex år sedan.

Hanna

- Och de orden får avsluta det här avsnittet av På djupet där vi har pratat om självvald inläggning inom psykiatrin. Tack för att ni har medverkat Mårten Jansson, utvecklingsledare på Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH. Maral Jolstedt som är utredare på Socialstyrelsen och Sofie Westling som är överläkare inom Psykiatri Skåne och forskare vid Lunds universitet som var med på länk från Skåne. Jag som har lett samtalet, jag heter Hanna Anander och jag är kommunikator på Socialstyrelsen.

Slut på textning av avsnitt 93 av Socialstyrelsens podd På djupet