

GAPANALYS

Vårdförlopp självskadebeteende hos vuxna

Datum: 24 08 21

Ordförande: Sanna Aila Gustafsson

Metodstöd: Madeleine Andersson

Berörda verksamheter: Område psykiatri, framför allt inriktning mot vuxna. Vuxenhabiliteringen

Beslutande chefer: Lise Bergman Nordgren (LBN), Åsa Kindahl (ÅK)

Beslut RMKS 241004: RMKS fastställer gapanalysen som presenterats. RMKS ser inget behov av ytterligare åtgärder i detta läge och bifaller till förslag angående åtgärder kring självskadebeteende. Ett medskick är att ett förankringsarbete och fördjupad dialog med habiliteringen behövs i de prioriterade åtgärds punkterna 1-3.

Rekommenderat läge Kunskapsstöd	Nuläge	Gap	Gap - vad saknas
			
Blocköverskridande			
Vårdförloppet riktar sig till personer som utöver självskadebeteende har psykiatriska diagnoser som kräver psykiatrisk specialiserad vård. Insatser som rekommenderas utifrån aktuell psykiatrisk diagnos kan ske såväl parallellt som innan eller efter insatser i detta vårdförlopp.	Förutsättningar finns, men varierande efterlevnad.		Beroende på grundproblematik fungerar detta olika väl. Några specialiserade mottagningar för annan problematik saknar ett strukturerat upplägg för stabiliserande insatser, tex färdighetsträningsgrupp (som har visat god effekt vid ett antal olika psykiatriska sjukdomstillstånd).
Repetitivt eller stereotypt självskadebeteende är vanligt hos personer med autism och kognitiva svårigheter. Beteendet bör utredas inom habiliteringen eller den verksamhet där individen ingår, gärna med hjälp av en individuell analys av individens sammanhang, funktionsnivå och förmåga. En strukturerad vardag är av vikt. Miljön ska organiseras så att sannolikheten att problembeteendet blir förstärkt ska vara så liten som möjligt.	Vuxenhabiliteringen (HAB) utreder inte självskadebeteendet, men kan ibland handleda exempelvis boenden kring struktur i vardagen. För patienter med autism och kognitiva svårigheter och samtidig EIPS-diagnos och allvarligt självskadebeteende har vi en särskild arbetsgång som är under utarbetande, och som kommer att utvärderas och beforskas. Vi tänker att den individuella analysen är oerhört viktig, och där behöver HAB vara involverad, men den stora svårigheten är idag dessa patienters tillhörighet i vården. De har behov av ett sammanhållet team med hög kompetens. Idag tillhör de ibland APÖ, ibland Karlahusets "gröna" patienter, och ingen av dessa organisationer har förutsättningar att följa och arbeta utifrån en individuellt utformad plan på hög kontinuitet i vården.		Denna patientgrupp skickas ofta runt mellan olika mottagningar, och vården blir fragmenterad. Sällan har vi ett bra samarbete med HAB, och en omfattande internutredning som gjorts kring en patient visar på brister i omhändertagandet av den här patientgruppen. Detta riskerar leda till långa slutenvårdsvistelser, försämrad livskvalitet och stora samhällsekonomiska kostnader.



Repetitivt eller stereotypiskt självskadebeteende är vanligt hos personer med autism och kognitiva svårigheter. Beteendet bör utredas inom habiliteringen eller den verksamhet där individen ingår, gärna med hjälp av en individuell analys av individens sammanhang, funktionsnivå och förmåga. En strukturerad vardag är av vikt. Miljön ska organiseras så att sannolikheten att problembeteendet blir förstärkt ska vara så liten som möjligt.	För patienter med autism och kognitiva svårigheter och samtidig EIPS-diagnos och allvarligt självskadebeteende har vi en särskild arbetsgång som är under utarbetande, och som kommer att utvärderas och beforeskas. Denna arbetsgång har fungerat mycket bra, för den handfulla patienter som vi har arbetat med.		Behovet av insatser för dessa patienter är större än tillgången.
Heldygnsvård kan ibland vara nödvändigt, men innebär risker för patienter med självskadebeteende. Självvald Inläggning (SI) kan vara aktuellt när som helst under vårdförloppet. Psykiatriska mobila team kan förhindra och förkorta heldygnsvård.	SI och psykiatriska mobila team finns. SPOT är under utveckling och kan bli ett viktigt tillskott.		Insatserna finns, men det brister ibland i att erbjuda insatserna, eller så erbjuds insatserna men kvaliteten på insatserna brister.
Det är angeläget att huvudmän prioriterar bemötandebildning för självskadebeteende, såväl regionalt som kommunalt, för att öka kunskaper hos alla medarbetare.	Detta har tidigare tillhandahållits för all regionpersonal, via nationella självskadeprojektets bemötandebildning. Sker i dagsläget endast gentemot personal som möter patientgruppen som bor på LSS-boende, HVB-hem eller liknande.		Vi har slutat erbjuda detta för regionens personal sedan några år tillbaka.
Block A - Basutredning			
Ta anamnes, och ställ frågor utifrån barnperspektiv, våld i nära relation och gör suicidrisbedömning. Administrera självskattningsformulär.	Förutsättningar finns, men varierande efterlevnad.		När det brister beror det i regel på bristande tillgänglighet, eller bristande följsamhet till befintliga rutiner.
Block B - check			
Block C - Klinisk bedömning			



Utför en klinisk bedömning baserad på somatiska, psykologiska och sociala perspektiv. Bedömningen görs av tvärprofessionellt team där läkare leder arbetet. Inkludera psykiatrisk diagnostik, samsjuklighet och kroppslig undersökning av eventuella vävnadsskador. Ta ställning till läkemedelsbehandling samt behov av rehabiliteringsåtgärder och försäkringsmedicinska insatser.	Förutsättningar finns, men varierande efterlevnad. Av resursskäl behöver det noga övervägas vilka professioner som behöver delta, och det är enligt vår bedömning inte självklart att läkare behöver leda arbetet. Inte heller att somatisk undersökning alltid behöver genomföras.		När det brister beror det i regel på bristande tillgänglighet, eller bristande följsamhet till befintliga rutiner.
Block D - konferens om behandling			
Fastställ diagnostik och utse fast vårdkontakt. Specialistläkare inom psykiatri har medicinskt ansvar. Inventera professionellt nätverk för gemensam planering.	Förutsättningar finns, men varierande efterlevnad.		När det brister beror det i regel på bristande tillgänglighet, eller bristande följsamhet till befintliga rutiner.
Block E - beslut			
Block F vårdplan			
Upprätta vårdplan, inklusive krisplan. Uppmuntra att närstående deltar.	Krisplan saknas ofta. Oklart i vilken utsträckning närstående uppmuntras att delta.		När det brister beror det i regel på bristande tillgänglighet, eller bristande följsamhet till befintliga rutiner.
Block G- stabiliserande insatser			
Information om egenvård och patientutbildning ska ges omgående.Parallellt planeras vården vidare utifrån patientens huvudsakliga anledning till besöket. Mer specificerade behandlingsmetoder ska erbjudas till patienter där självskadebeteendet är av sådan art och grad att det är det primära behandlingsbehovet. Närstående ska inkluderas.	Stabiliserande insatser erbjuds, men dröjer ofta, och det finns sällan en annan pågående planering parallellt, utan först om de stabiliserande insatserna inte ger önskad effekt.		Det saknas tillgänglig och enkel information om egenvård och patientutbildning som erbjuds enkelt och helst digitalt och som kan ges omgående efter bedömning.
Stabiliserande insatser innefattar individuella samtal utifrån färdighetslistan, kedjeanalyser och försäkringsmedicinska insatser och/eller Färdighetsträning (FT) i grupp.	Alla mottagningar erbjuder individuella stabiliserande insatser, de flesta även FT i grupp. Personal har möjlighet till både utbildning och handledning avseende dessa insatser.		



Basal kroppskännedom kan erbjudas som tilläggsbehandling	Alla mottagningar har tillgång till en kontaktfysioterapeut och har möjlighet att remittera för BK om detta bedöms lämpligt.		
Självvald inläggelse ska övervägas om behov finns.	Alla mottagningar har möjlighet att initiera SI för aktuella patienter.		
Block H - behandling			
ERGT är en gruppbehandling som ges som tillägg till i psykiatrisk öppenvård i syfte att minska självskadebeteende. Gruppen är 16 veckor lång.	En mottagning erbjuder ERGT-grupp.		Det saknas utbildade gruppledare och handledare för att kunna erbjuda detta på samtliga mottagningar.
DBT är en omfattande evidensbaserad behandling för personer med EIPS (f603) och självskadebeteende, suicidalitet och/eller andra allvarliga impulskontrollproblem. Insatsen innefattar såväl individualterapi som gruppbehandling och pågår under minst 12 månader.	Alla mottagningar har möjlighet att remittera aktuella patienter för DBT-behandling. Gäller dock endast patienter med omfattande problematik, där inledande stabiliserande insatser inte bedöms tillräckligt. Och endast om patienten har diagnos 5603.		DBT erbjuds endast patienter med EIPS och hög egen motivation, vilket innebär att patienter med kognitiva nedsättningar som har självskadebeteende (och ibland men inte alltid EIPS) inte ingår i DBT-mottagningens uppdrag.
MBT är en omfattande evidensbaserad behandling för personer med EIPS (f603) och självskadebeteende, suicidalitet och/eller andra allvarliga impulskontrollproblem. Insatsen innefattar såväl individualterapi som gruppbehandling och pågår under minst 18 månader.	MBT ingår inte i regionens vårdutbud.		Det saknas utbildade gruppledare och handledare för att kunna erbjuda MBT.
Närstående bör erbjudas stöd och kunskap om självskadebeteendets funktion, känsloreglering och bemötande, där närståendebildningen Familjeband rekommenderas	Alla mottagningar har möjlighet att hänvisa närstående till FPS närståendebud. Utöver det så erbjuder DBT-mottagningen familjeband både som fysisk grupp och som digital intervention via plattformen för stöd och behandling, dock i dagsläget endast för patienter i DBT, eller på väntelista för DBT.		Närstående till patienter inom APÖ har inte tillgång till familjebandskurs.
Block I - uppföljning, utvärdering			
Utvärdering av behandling och mål i vårdplan görs minst var 16de vecka.	Görs minst en gång / halvår.		Vi delar inte uppfattningen att man bör utvärdera vårdplanen minst var 16de vecka, utan det bör bedömas individuellt.
Block J -samverkan			



Samverka med andra aktörer som socialtjänst, AF och FK i syfte att förbättra patientens vardag.	Görs om patienter är i behandling och det finns pågående insatser.		
Block K - beslut fortsatta insatser			
Besluta om det finns behov av ytterligare insatser inom vårdförloppet, eller om det finns behov av fortsatt vård utanför vårdförloppet. Inom vårdförloppet kan det finnas behov av att byta behandlingsmetod. Utgång ur vårdförloppet kan ske om behandlingen inte har förväntad effekt, eller möjligheter att tillgodogöra sig behandling saknas.	Det finns ett vårdnivåtänk kring patientgruppen, och vid utebliven effekt omprövas beslut och insatser.		
Block L - kontakt NHV			
NHV kan bli aktuellt vid svårt självskadebeteende där upprepade försök med avancerad psykologisk behandling inte gett effekt.	Vi har en NHV-samordnare som tar ställning till om hemregionens insatser är tillräckligt prövade och som remitterar vid behov.		
Utför kontinuerlig konsultation och gemensam planering med patient, öppenvård, högspecialiserad vård och andra berörda aktörer under hela behandlingsperioden. Efter att högspecialiserade insatser avslutats fortsätt till block H.	Vår NHV-samordnare ansvarar för denna planering och samordning under hela vårdförloppet, före, under och efter NHV-vård.		

Föreslagna åtgärder	Förslag Prio åtgärd 1-4*	Resurs behov A-B**	Beslut verksamhet	Kommentar beslut	Ansvar implementering	Ansvar uppföljning
Vi behöver tillse att alla mottagningar har rutiner för bedömning och bemötande av patienter med lindrigt till måttligt självskadabeteende. Vi föreslår att samtliga mottagningar ska erbjuda patientutbildning och tillgång till färdighetsträning i grupp, med individuell stödinsats.	1	a	Finns	Finns inom samtliga mottagningar inom Allmänpsykiatri. Enhetschefer tillse att de efterföljs.		Verksamhetschef
Inrätta ett särskilt team där man med kontinuitet hanterar denna patientgrupp, och där det finns habiliteringskompetens. Detta team bör ha tillgång till kurator från psykiatri, psykiatrisjuksköterska, psykolog från habiliteringen och psykiater. Teamet bör ha ett länsuppdrag.	1	b	Avvakta 240821 ÅK,LNB	Ansökning av medel för att starta upp ett projekt kring detta är på gång via Valfärd och folkhälsa. Avvaktar därför.		



Vi vill tillsammans med Örebro kommuns SKOP-projekt få till stånd en kortversion av bemötandebildningen som kan genomföras tex i Bohmanssonsalen regelbundet, för personal på LSS-boenden i hela länet. Denna kan sedan följas upp med att utbilda stödpedagoger på LSS-boenden i Julia Browns FS-färdigheter. På så sätt kan fler boenden som har allvarligt självskadande patienter få tillgång till insatserna.	2	b				
Vi behöver försäkra oss om att alla medarbetare känner till möjligheterna att initiera SI och mobila teaminsatser. Vi behöver tillse att SI-platser fortsätter ingå i vårdutbudet.	1					
Få in nationella självskadeprojektets tvådagarsutbildning i utbildningshjulet.	2	a	Denna fråga tas med till områdesnivå 240821	Frågan tas med till områdesledning för Område psykiatri för beslut hur åtgärdsförslaget ska hanteras inom hela området.		
Uppdatera checklistor med rutiner.	3	a	*Se block F	*		



Uppdatera checklistor med rutiner.	3	a	*Se block F			
Uppdatera checklistor med rutiner.	3	a	*Se block F			
Uppdatera checklistor med rutiner.	2	a	Ja 240821 ÅK,LNB	Krisplan och åtgärdsplan ska inkludera punkter A-F. Ansvar ligger på enhetschefsnivå, uppföljning på verksamhetschefsnivå.	Enhetschefer	Verksamhetschefer
Skapa en patientutbildning med detta vårdinnehåll inom plattformen för stöd och behandling. Bestäm att en mottagning (tex UPP) ansvarar för genomförandet.	2	b	Nej 240821 ÅS, LNB	Ingen åtgärd. Hänvisa behov av information till de egenvårdsråd som finns kring detta på 1177.		
Utvärdera FT-grupperna i plattformen SoB, och initiera en forskningsstudie på insatsen.	2	b				

GAPANALYS
Vårdförlopp självskadebeteende hos vuxna

Utbilda fler medarbetare i ERGT. Starta fler grupper.	4	b	Nej 240821 ÅS, LNB	Är önskvärt men inte genomförbart i nuläget. Vi kommer inte att utbilda fler medarbetare.		
Gällande patienter med kognitiva svårigheter och som tillhör LSS personkrets föreslår vi att patienterna ska kunna erbjudas SKOPS-insatser. Patienter som tillhör patientgruppen som uppfyller kriterier för NHV-vård ska kunna erbjudas DBT oavsett diagnos om det bedöms som en lämplig behandlingsform.	2	b				
Utbilda medarbetare i MBT och starta en MBT-mottagning.	4	b	Nej 240821 ÅS, LNB	I Region Örebro län har vi valt DBT-behandling, är välimplementerad. Ej behov av ytterligare behandlingsform i nuläget.		
Breda tillgången till digital familjebandskurs till att omfatta närstående till patienter inom APÖ.	3	b				
Individuell bedömning förordas.			Instämmer med förslag 240821 ÅK,LNB	Individuell bedömning utefter behov		



***Prioritet åtgärder**

- 1 - Nödvändigt
- 2 - Angeläget
- 3 - Önskvärt
- 4 - Inte aktuellt

****Resursbehov**

- A - Klarar inom planerad verksamhet
- B - Större resursförändring - prioritering i förvaltningsledning (förtydligas i underlag)

DELTAGARLISTA

Deltagare	Profession/funktion	Verksamhet/enhet
Sanna Aila Gustafsson, sammankallande	Enhetschef	Specialistpsykiatri
Linda Holländare	Psykolog	DBT-mottagningen, Specialistpsykiatri
Iordana Ntini	Barnpsykiater/vuxenpsykiater	Specialistpsykiatri
Linda Gustafsson	Psykolog	APÖ Örebro
Carl Rosén	Psykolog	Affektiva mottagningen
Johan Jansson	Skötare	APÖ Karlskoga
Yvonne Berger	Skötare	APÖ Hallsberg (invalid i gruppen men deltog inte)
Moa Karlsson Good	Psykolog	Mottagning unga vuxna
Maria Willén (ersatte Moa Karlsson)	Behandlingsassistent	Mottagning unga vuxna
Linnea Ahlén	Enhetschef	APÖ Lindesberg
Madeleine Andersson, processledare	Processledare	