

Utvärdering av metoden självvald inläggning

Kartläggning och analys av metoden inom svensk
psykiatri

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-11-7662

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2021

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för budgetåret 2021 i uppdrag att utvärdera metoden självvald inläggning (SI), lika ofta kallad för brukarstyrd inläggning (BI), inom svensk psykiatri. I rapporten framkommer att SI är en metod under utveckling, och att det idag finns stora variationer i dess utformning. Det centrala vid SI tycks vara den förändrade vårdrelationen mellan patient och vårdgivare som blir mer jämlik och tillitsbaserad. Balansen mellan hälso- och sjukvårdens ansvar och patientens självbestämmande är utmaningen med SI enligt vissa vårdgivare. Denna rapport utgör förhoppningsvis ett underlag till vårdgivare att lokalt utveckla processer och rutiner som är patientsäkra och samtidigt bidrar till en personcentrerad vård.

Rapporten belyser för beslutsfattare och vårdgivare behovet att vidareutveckla och stärka hela den psykiatriska HDV samt kris- och mellanvårdsinsatser för att möjliggöra insatser som är mer personcentrerade och sammanhållna där SI kan vara ett sätt bland flera. En utveckling som Socialstyrelsen uppmuntrar.

Socialstyrelsen vill tacka de externa aktörer som bidragit med underlag till rapporten. Inte minst gäller detta Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) som bidragit med en kartläggning av det vetenskapliga underlaget och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) som bidragit med en rapport om patientperspektivet. Maral Jolstedt har varit projektledare för uppdraget. Ansvarig enhetschef har varit Jonas Bergström.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Om rapporten och uppdraget	8
Målsättning med rapporten	8
Genomförande och avgränsning	8
Beskrivning av självmald inläggning	9
Stora variationer i utformningen av självmald inläggning	9
Skillnad mellan självmald inläggning och vanlig heldygnsvård	9
Spridning av och tillgång till självmald inläggning	10
Självmald inläggning inom barn- och ungdomspsykiatri	11
Självmald inläggning inom beroendevård	11
Representativiteten av patienter som erbjuds självmald inläggning	11
Processen vid självmald inläggning	13
Bedömning och ställningstagande till om insatsen ska ingå i patientens vårdprocess	13
Skriftlig överenskommelse om förutsättningar för insatsen	13
Inskrivning på avdelning när självmald inläggning används	14
Vistelse på avdelning under självmald inläggning	14
Utskrivning från avdelning efter självmald inläggning	14
Vårdgivares erfarenheter av självmald inläggning	15
Beskrivning av syftet med självmald inläggning	15
Erfarenheter av nytta och risk med insatsen	16
Erfarenheter från implementeringen av självmald inläggning	17
Patienters och anhörigas upplevelse och erfarenhet av självmald inläggning	18
Erfarenheter av självmald inläggning	18
NSPH:s analyser och slutsatser	18
Beskrivning av vetenskapliga publikationer	20
Systematiska översikter	20
Kvantitativa primärstudier	20
Kvalitativa primärstudier	21
Förutsättningar för självmald inläggning inom psykiatri	23
Vårdformer inom psykiatrisk verksamhet	23
Vårdens skyldighet att skapa förutsättningar för god och säker vård ...	23
Vårdens skyldighet att göra patienten delaktig	24
Patientsäkerhet vid självmald inläggning	25

Vårdskador i samband med självmald inläggning.....	25
Patientsäkerhet vid självmald inläggning	26
Analys och slutsatser	28
Delaktighet och etablerade arbetssätt bidrar till positiva erfarenheter av självmald inläggning	28
Separata avdelningar för självmald inläggning särskilt framgångsrikt	28
Det vetenskapliga underlaget osäkert och otillräckligt	29
Sammanfattande bedömning och fortsatta behov	30
Säkerställa att självmald inläggning erbjuds på ett säkert sätt och främjar patientdelaktighet	30
Behov att fortsätta utveckla och utvärdera självmald inläggning samt andra liknande insatser	30
Projektorganisation	32
Projektgrupp.....	32
Andra medverkande, Socialstyrelsen	32
Andra medverkande, externa	32
Referenser	33
Bilaga 1. Förekomst av psykiatriska diagnoser inom heldygnsvård	36
Bilaga 2. NSPH:s kartläggning av patienterfarenheter	37
Bilaga 3. SBU:s kartläggning av vetenskapliga studier.....	38
Bilaga 4. Socialstyrelsens sammanställning av primärstudier	39

Sammanfattning

Självvald inläggning (SI), lika ofta kallad för brukarstyrd inläggning (BI), är en metod, vårdform och arbetssätt inom psykiatrisk verksamhet som sträcker sig över både öppen- och heldygnsvård (HDV). Insatsen riktar sig till patienter med ett återkommande behov av HDV där tillgången till alternativa insatser är begränsande, och ibland till och med obefintliga. Det som kännetecknar SI, och skiljer insatsen från andra liknande metoder, är att det görs en *överenskommelse mellan patienten och hälso- och sjukvården* om när och hur inläggning i HDV enligt SI ska ske, och att patienten därefter *själv beslutar om inläggningen* utan överprövning av hälso- och sjukvården. Syftet med SI är att förebygga kriser och behov av akuta insatser samt att göra vården mer personcentrerad.

Det finns endast ett fåtal kontrollerade vetenskapliga studier om SI, som alla har sina metodologiska brister och begränsningar i generaliserbarhet. För att kunna uttala sig om effekten av SI skulle det behövas fler randomiserade kontrollerade studier av hög kvalitet. Det finns ett särskilt behov att utvärdera SI i relation till andra liknande insatser, vårdformer och organisatoriska modeller av HDV. Dessutom bör frågeställningarna om effekt breddas från att endast ha ett vårdkonsumtionsperspektiv, till att inkludera andra effektmått såsom delaktighet, självbestämmande och återhämtning.

SI är idag implementerat i 18 av 21 regioner där den beprövade erfarenheten bland vårdgivare och patienter varierar till stor del beroende på hur långt regionen kommit i sin utveckling av SI, andra mellanvårdsinsatser och HDV överlag. Socialstyrelsens sammantagna bedömning är att de stora regionala variationerna är ett symptom på att SI är en vårdform under utveckling inom ramen för en HDV som också är under utveckling. Mellanvårdsinsatser och krisinterventioner i likhet med SI bidrar till att utveckla HDV till att bli mer jämlikt, personcentrerad och sammanhållen för särskilt sårbara och utsatta grupper. Myndigheten ser möjligheter till att stimulera denna utveckling av HDV genom övergripande insatser för psykiatrisk vård för patienter med tillstånd som är allvarliga, kroniska eller kräver stora insatser från hälso- och sjukvården. Vad gäller SI specifikt ser Socialstyrelsen ett behov av att alla verksamheter som erbjuder SI säkerställer att det finns rutiner och procedurer för SI samt att personal har rätt kunskap och kompetens för att möta patienter med SI.

Om rapporten och uppdraget

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för budgetåret 2021 i uppdrag att utvärdera det vetenskapliga stödet och den i landet beprövade erfarenheten avseende metoden självvald inläggning (SI) inom psykiatri. SBU fick av regeringen ett separat uppdrag att bistå Socialstyrelsen med att utvärdera det vetenskapliga stödet för SI.

Målsättning med rapporten

Målet med rapporten är att genomföra en kartläggning av SI utifrån vetenskapligt underlag, fakta- och sakkunskap, samt beprövad erfarenhet. Socialstyrelsens målsättning är att belysa SI utifrån vad som är att betrakta som god och säker vård inom ramen för svensk psykiatri. Arbetet har utgått från Socialstyrelsens process att *ta fram bästa tillgängliga kunskap* där olika aspekter av insatsen beaktas, såsom behovet utifrån hälsotillståndens svårighetsgrad, önskade och oönskade effekter och balansen mellan dem, samt påverkan på patientens möjlighet till självbestämmande och delaktighet. Rapporten kommer i sin helhet att kunna utgöra ett stöd för beslutsfattare på nationell- och regional nivå.

Genomförande och avgränsning

Rapporten har haft en bred ansats att kartlägga SI för alla åldrar och för alla psykiatriska tillstånd inom psykiatrisk verksamhet i Sverige. Aktiviteter som genomförts är följande:

- Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) har för Socialstyrelsens räkning inhämtat och sammanställt patienterfarenheter i ett separat deluppdrag.
- Efterfrågat hos alla regioner om SI erbjuds inom ramen för deras psykiatriska verksamhet.
- Under uppstart konsulterat Socialstyrelsens etiska råd för inspel på genomförandet av projektet.
- Inhämtat deskriptiv data från de regioner som erbjuder SI om tillgången/spridningen samt arbetssätt och procedurer.
- Intervjuat ett urval av de regioner som erbjuder SI om erfarenheter, lärdomar och behov kopplat till insatsen.
- Intervjuat forskare och sakkunniga om frågor som rör SI, psykiatri, suicid, patientsäkerhet och juridik.
- Inventerat icke-publicerade rapporter och utvärderingar av SI.
- Analyserat registerdata om SI samt psykiatriska tillstånd inom heldygnsvård.
- Sammanställt publicerade vetenskapliga studier samt kvalitetsgranskat ett urval av dessa med stöd av SBU.

Beskrivning av självvald inläggning

SI, lika ofta även kallad för brukarstyrd inläggning (BI), innebär att vissa patienter erbjuds möjlighet att själva besluta om inläggning på psykiatrisk heldygnsvård¹ efter att en överenskommelse om former och innehåll fattats mellan vården och patienten. Vissa regioner erbjuder som tillägg till SI, eller istället för SI, *direktinläggningar*, *planerade inläggningar* och/eller *sviktplatser*. I denna typ av anpassade inläggningar finns en överenskommelse mellan öppenvård- och HDV om att på ett snabbt och enkelt sätt lägga in patienter när behovet föreligger. Dessa metoder har många likheter med SI, framförallt avseende syftet att sänka tröskeln till HDV för att på så sätt förebygga försämring och skov för patienter med behov av återkommande HDV. Dock skiljer sig SI åt utifrån två avgörande punkter:

- Överenskommelsen om när och hur inläggning i HDV enligt SI kan ske görs *mellan patienten och hälso- och sjukvården*.
- *Patienten beslutar om inläggning* utan överprövning av hälso- och sjukvården.

Stora variationer i utformningen av självvald inläggning

I och med att SI tydligt utgår från dessa två punkter, och således tydligt skiljer sig från andra liknande metoder, anser Socialstyrelsen att SI är att betrakta som en specifik metod. Dock konstaterar myndigheten att det föreligger en stor variation i hur SI utformats och fungerar i praktiken bland verksamheterna i landet. Denna variation bedöms vara en följd av den stora spridning och variation i psykiatrins innehåll och organisation generellt, och att SI spridits och implementerats utifrån lokala förutsättningar och vårdkulturer. Vi konstaterar att arbetet med SI fortfarande är under utveckling i de flesta regioner där vissa kommit längre än andra.

Skillnad mellan självvald inläggning och vanlig heldygnsvård

Vid vanlig HDV bedöms patienten först av läkare på t.ex. en akutmottagning som tar ställning till om patientens vårdbehov kräver inläggning i HDV. Patienter läggs vanligen endast in i akuta situationer där patienten riskerar att skada sig själv, inte har förutsättningar att ta hand om sig själv eller inte kan medverka till nödvändig behandling inom andra vårdformer. Vårdtiden i vanlig HDV är inte begränsad utan utgår från patientens behov, vanligen från någon dag till några veckor, där det görs löpande utvärderingar om innehåll och omfattning av insatsen av en läkare.

¹ Det begrepp som används inom psykiatri för "slutenvård" enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Spridning av och tillgång till självvald inläggning

Socialstyrelsen har varit i kontakt med alla sjukvårdsregioner i landet för att efterfråga om SI erbjuds inom ramen för deras psykiatriska verksamhet. Från de regioner som erbjuder SI har deskriptiv data om SI samlats in. Det är framförallt chef för HDV eller ansvarig person för SI inom verksamheten som sammanställt och överlämnat efterfrågat underlag. Socialstyrelsens kartläggning visar att 18 av landets 21 regioner erbjuder SI. Se Tabell 1 för en sammanställning av i vilken omfattning SI fanns tillgängligt i maj 2021 (exklusive BUP och beroendevård). De regioner som inte erbjuder SI erbjuder andra liknande insatser.

Tabell 1. Spridning av och tillgång till självvald inläggning

Region	Tillstånd	Start	Antal platser	Platsens tillgänglighet	Antal med överenskomelse om SI
Dalarna	Självskaдебeteende	2015	2	i mån av plats	20
Gotland	Självskaдебeteende Psykosjukdom	2017	2	dygnet runt	30
Halland	Självskaдебeteende	2020	2	dagtid	15
Jämtland Härjedalen	Självskaдебeteende	2021	2	dagtid	ej startat
Jönköping	Allmänpsykiatri, Psykosjukdom, Ätstörningar	2018	3	i mån av plats	24
Kalmar	Allmänpsykiatri, Psykosjukdom, Ätstörningar	2019	2	dagtid	16
Kronoberg	Allmänpsykiatri, Psykosjukdom, Ätstörningar	2008	ospec.	dygnet runt	70
Norrbottn	Allmänpsykiatri, Psykosjukdom, Ätstörningar	2018	1	dygnet runt	9
Skåne	Allmänpsykiatri	2015	17	dagtid	330
Stockholm	Allmänpsykiatri, Psykosjukdom, Ätstörningar	2014	18	dygnet runt	236
Sörmland	Självskaдебeteende	2011	ospec.	dygnet runt	22
Västra Götaland	Självskaдебeteende, Psykosjukdom	2015	10	dagtid	121
Värmland	Allmänpsykiatri, Psykosjukdom, Ätstörningar	2018	2	i mån av plats	11
Västerbotten	Allmänpsykiatri, Psykosjukdom, Ätstörningar	2018	2	dygnet runt	21
Västernorrland	Självskaдебeteende	2017	3	dagtid	9
Västmanland	Självskaдебeteende, Psykosjukdom	2018	2	dagtid	16
Örebro	Självskaдебeteende	2019	2	dygnet runt	15
Östergötland	Allmänpsykiatri, Psykosjukdom, Ätstörningar	2015	ospec.	dygnet runt	14
Totalt			70		925

Självskaдебeteende=återkommande självdestruktiva handlingar och/eller suicidala impulser eller handlingar; Allmänpsykiatri= Framförallt affektiva tillstånd, ångest- och stressrelaterade tillstånd, självskaдебeteende, och/eller personlighetssyndrom.

Alla 18 regioner erbjuder SI för patienter med självskadebeteende och/eller återkommande suicidala impulser/handlingar. SI erbjuds inom 11 regioner för patienter med psykosjukdom, nio regioner erbjuder insatsen brett för allmänpsykiatriska patienter med t.ex. förstämningssyndrom, ångestillstånd och personlighetssyndrom, och åtta regioner erbjuder SI för ätstörningsproblematik. Åtta regioner har dessutom implementerat SI inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Ingen region erbjuder idag SI inom HDV specifikt inriktad på missbruk och beroendeproblematik.

Självvald inläggning inom barn- och ungdomspsykiatri

Inom BUP används SI på samma sätt som inom vuxenpsykiatri, med skillnaden att vårdnadshavare tillkommer som part i överenskommelsen. De patienter som får tillgång till SI är vanligen inte yngre än 15 år gamla och vårdnadshavarens roll och ansvar i insatsen planeras utifrån patientens förmåga, önskemål och behov. Det är främst ungdomar med symtom på emotionell instabilitet och återkommande självdestruktiva handlingar som i nuläget erbjuds SI.

Självvald inläggning inom beroendevård

Ingen region erbjuder SI inom beroendevården. I Socialstyrelsens kartläggning framkommer att det finns behov av att utveckla arbetet med krisplaner samt preventiva insatser, men att specialistsjukvårdens roll är oklar, framförallt utifrån det delade huvudmannaskapet med kommunerna. Det pågår just nu en statlig utredning kring samverkan vid beroendeproblematik, den så kallade Samsjuklighetsutredningen, som bland annat tittar på frågan om det delade huvudmannaskapet för personer med missbruk- och beroendeproblematik som har en samtidig psykiatrisk problematik (SOU 2020:08).

Representativiteten av patienter som erbjuds självvald inläggning

För att närmare undersöka vilka patienter som erbjuds SI har Socialstyrelsen använt sig av uppgifter som har inrapporterats till myndighetens nationella patientregister (1). Myndigheten har bl.a. undersökt vilka psykiatriska diagnoser¹ och vårdtidens längd bland patienter som erbjuds SI jämfört med övriga vårdade inom HDV. Sedan januari 2021 finns en särskild kod² för SI som kan rapporteras till patientregistret. Fram till och med sommaren 2021 hade 625 unika patienter registrerats. Det rör sig huvudsakligen om individer mellan 18 och 64 år från Region Skåne, där omkring 60 % är kvinnor. Även om tillgänglig data inte kan anses vara representativt för SI i landet, ger den

¹ Enligt International Classification of Diseases (ICD), version 10

² Kod för klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ-kod, ZV060 Vårdtillfällen inom sluten psykiatrisk vård som påbörjas genom självvald inskrivning

ny och unik information om vilka grupper som kan ha tillgång till SI. Patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom stod för flest vårdkontakter och patienter med förstämningssyndrom var den största gruppen unika individer. Sett till antal individer som vårdas i hela den psykiatriska heldygnsvården (oberoende av SI) är gruppen med missbruk och beroende störst, där framförallt akuta intoxikationer med korta vårdtider är vanligt förekommande. Därefter kommer grupper med förstämningssyndrom, ångest- och stressrelaterade tillstånd, psykossjukdomar, samt gruppen med avsiktliga självdestruktiva handlingar. Längst vårdtider (mediantid) per vårdtillfälle har patienter med psykossjukdomar samt patienter med förstämningssyndrom. Se Bilaga 1 för en sammanställning av vilka patientgrupper som förekommer inom psykiatrisk HDV.

Socialstyrelsens kartläggning av vilka regioner som erbjuder SI för vilka tillstånd visar att patienter med psykossjukdomar är något underrepresenterade i den grupp som erbjuds SI, till fördel för patienter med självdestruktiva handlingar, förstämningssyndrom och ångest- och stressrelaterade tillstånd. Det framgår också av myndighetens kartläggning att regioner som erbjuder SI för bara en viss patientgrupp (eller inte erbjuder SI överhuvudtaget), ofta erbjuder andra liknande insatser för andra patientgrupper. Det kan röra sig om direktinläggningar för patienter med psykossjukdomar, eller planerade inläggningar för patienter med ätstörningsproblematik.

Processen vid självvald inläggning

Oavsett variationer i utformningen och arbetssätt vid SI ingår alltid vissa gemensamma moment i vårdprocessen enligt Figur 1. Huruvida dessa moment finns nerskrivna i lokala rutiner, samt hur specificerade dessa är, skiljer sig mellan regioner. Vissa regioner anger att de arbetar enligt den publicerade svenska manual för SI framtagen av Region Skåne i samarbete med Lunds universitet (2), medan andra regioner har utvecklat egna manualer som de arbetar enligt. Nedan beskrivs variationerna i respektive moment.

Figur 1: Moment som ingår i vårdprocessen för självvald inläggning



Bedömning och ställningstagande till om insatsen ska ingå i patientens vårdprocess

Alla regioner anger att vårdgivaren gör en individuell bedömning kring vem som ska erbjudas SI. Gemensamt för patienter som erbjuds SI är att alla ska ha haft tidigare erfarenhet av akutvård och/eller HDV, med återkommande och/eller täta inläggningar. Vissa har specificerat särskilda kriterier för att bli aktuell, såsom krav på pågående öppenvårdskontakt, stabilt boende, samt inget pågående missbruk. Ingen region exkluderar patienter med autismspektrumtillstånd eller någon annan form av neuropsykiatrisk samsjuklighet. Vanligtvis initieras SI av patientens öppenvårdskontakt som ser ett behov av insatsen utifrån patientens problematik. Majoriteten av alla regioner har uttalat att öppenvård och HDV ska samarbeta i frågan om vilka som ska erbjudas insatsen. Vem, eller vilken yrkesgrupp, som beslutar om insatsen skiljer sig åt.

Skriftlig överenskommelse om förutsättningar för insatsen

Överenskommelsen kallas ibland för "kontrakt". Den kan vara ett eget dokument eller en del av en vårdplan eller krisplan. Oftast utgår den från en standardiserad mall som anpassas efter patientens behov. Överenskommelsen

specificerar oftast, men inte alltid, den maximala tiden för varje vårdtillfälle, max antal vårdtillfällen per månad och andra praktiska ramar och regler kring själva in- och utskrivningen. Den innehåller ofta en beskrivning av det övergripande målet med insatsen samt mål för det enskilda inläggningstillfällena (när den ska användas och vilket syfte inläggningen ska ha). Överenskommelserna omprövas vanligtvis, men inte alltid, med ett visst intervall.

Inskrivning på avdelning när självvald inläggning används

Oftast ringer patienten till avdelningen och bokar en tid för inskrivning. Ibland föreligger begränsningar i när på dygnet patienter kan initiera SI (se Tabell 1 för variationer mellan respektive region). Vissa regioner har uttalade rutiner kring vad som gäller om SI-platserna är upptagna, såsom att patienten får återkomma vid ett senare tillfälle, eller att patienten sätts upp på kölista. Alla regioner genomför ett inskrivningssamtal i samband med inläggningen. Innehållet i samtalet samt vilken profession som håller i samtalet skiljer sig åt. Vissa regioner har som rutin att informera enhetschef och avdelningsläkare i samband med att patienter skrivs in.

Vistelse på avdelning under självvald inläggning

Vårdtiden för ett vårdtillfälle enligt SI varierar ofta mellan tre och fem dagar, där vissa verksamheter är mer flexibla. Patienten har vanligtvis låg tillsyn, full frihet att lämna avdelningen, samt tillgång till dagliga aktiviteter som övriga inskrivna patienter. Patienten ansvarar i de flesta verksamheter själv för sin läkemedelshantering under vårdtiden. Den läkemedelsordination som förelåg vid inläggning fortsätter oftast gälla för SI-vistelsen och patienten fortsätter att gå på sina besök i öppenvården under vårdtiden. Många verksamheter har som princip att patienten inte ska träffa läkare på avdelningen under vårdtiden. Vid behov av läkarkontakt hänvisas patienten till sin läkare i öppenvården. Många, men inte alla, har rutiner för att bereda möjlighet till läkarbedömning om det föreligger oro för patientens mående, för ställningstagande till överföring till vanlig HDV.

Utskrivning från avdelning efter självvald inläggning

Liksom vid inskrivning varierar innehållet i utskrivningssamtalet samt vilken profession som håller i det. Vissa verksamheter har som rutin att en formell suicidriskbedömning genomförs och dokumenteras och att öppenvården informeras om att patienten varit inlagd via SI. Ansvarig läkare på avdelningen skriver oftast en formell epikris i patientens journal vid utskrivning utan att nödvändigtvis ha träffat patienten vid något tillfälle. Utskrivning kan ske i förtid på begäran av vårdpersonal om patienten bryter mot de överenskommelser som gjorts.

Vårdgivares erfarenheter av självvald inläggning

Socialstyrelsen har intervjuat 13 verksamheter från 10 regioner. Verksamheterna valdes för att få en representativ spridning med avseende på geografisk placering, volym, patienttillstånd och åldersgrupper som SI erbjudits för, samt hur länge SI erbjudits. I intervjuerna medverkade alltid enhetschef för HDV som erbjöd SI samt medicinskt ledningsansvarig för vårdavdelningen. I vissa intervjuer har även personal från öppenvård och HDV, samt övrig personal i lednings- och utvecklingsroller medverkat.

Beskrivning av syftet med självvald inläggning

Gemensamt för SI tycks vara att det är en åtgärd som syftar till att förebygga kriser och på så sätt minska patientens behov av akuta och mer omfattande insatser i ett senare skede. Ett annat gemensamt syfte med SI är att sänka tröskeln för inläggning i HDV och därmed göra den tillgänglig utifrån patientens förmåga att själv kunna avgöra vilka behov som föreligger. I vissa verksamheter beskrivs även SI kunna ha syftet att tillgängliggöra en trygg, lugn och säker plats med tillgång till stöd för återhämtning. Syftet med SI enligt vårdgivare:

- Förebygga kriser och i förlängningen minska behovet av akuta inläggningar och tvångsåtgärder.
- Öka patientdelaktighet, medbestämmande och jämlikheten i vårdrelationen.
- Skapa trygghet och förutsägbarhet vid inskrivningen på HDV.

Syftet kan skilja sig åt beroende på lokala variationer och patientgruppen behov

Vilket syfte SI har, och vilket behov den täcker, skiljer sig åt mellan regionerna beroende på hur den övriga psykiatrin är organiserad och vilka former av intensiva öppenvårds- och/eller mellanvårdsinsatser som finns tillgängliga för de målgrupper som också har tillgång till SI.

Dessutom beskriver verksamheterna att syftet med SI skiljer sig åt mellan patientgrupper. Vid psykosjukdom beskriver verksamheter att SI framförallt uppfyller syftet att skapa förutsägbarhet i inskrivningsförfarandet för att minska stress och således ökar benägenheten till att söka vård tidigare i sjukdomsförloppet. Vid självdestruktiva handlingar och symtom på emotionell instabilitet beskriver verksamheter att det huvudsakligen syftet är att bryta en dysfunktionell relation som kan ha uppstått i relation mellan patienten och vården. Istället för att behöva agera eller överdriva sina symtom för att få tillgång till vård lämnas istället beslutet om inläggning över till patienten.

Erfarenheter av nytta och risk med insatsen

Vårdgivarna beskriver flera positiva utfall av SI, både vad gäller inverkan på vårdkonsumtion, patientens delaktighet och medbestämmande i vården, samt att HDV utvecklas och stärks. De flesta anser sig se denna positiva effekt på övergripande nivå, sett till hela gruppen som har tillgång till SI. Vårdgivare betonar dock att positiva effekter är beroende av att insatsen erbjuds patienter som har förmåga och förutsättningar att ta ansvar för insatsen. Samtidigt beskriver vissa verksamheter oro och osäkerhet över SI-processen och ansvarsfördelningen mellan patient och vårdgivare och mellan olika yrkesprofessioner, vilket bidrar till viss skepticism och ambivalens. Se Tabell 2 för sammanställning av nyttor och risker enligt vårdgivarna.

Tabell 2. Vårdgivarnas erfarenheter av självvald inläggning

Positiva erfarenheter av självvald inläggning	Negativa erfarenheter av självvald inläggning
<ul style="list-style-type: none">• Planerad inläggning bidrar till trygghet och förutsägbarhet för både patienten och vårdpersonalen.• Att lägga märke till tidiga tecken bidrar till ökad sjukdomsinsikt hos patienten och tilltro till den egna förmågan.• Patientens beslutsrätt i inskrivningen samt större frihet under inläggningen skapar en bättre maktbalans i vården.• Förbättrade vårdrelationer och ökad ömsesidig tillit då patienten inte behöver agera ut eller överdriva symtom för tillgång till HDV.• Lugnare miljö på HDV gynnar alla patienter på avdelningen och vårdpersonalen som arbetar där.• Minskad stress och oro hos öppenvården då utbudet av insatser för suicidala patienter breddas.• Fler kvalificerade insatser och förhållningssätt bidrar till kompetensutveckling av HDV.• Gemensam vårdplanering och samförstånd kring insatser bidrar till ökat samarbete mellan öppenvård och HDV.	<ul style="list-style-type: none">• Osäkerhet kring vem som ansvarar för insatsen och oro över att kunna hållas ansvarig för en vårdskada som uppstår i samband med SI.• Endast vissa öppenvårdsverksamheter har en etablerad samverkan med HDV vilket resulterar i ojämlig tillgång till SI.• När SI erbjuds patienter som inte har förutsättningar och förmåga att ansvara för den bidrar det till ökad stress hos både patient och vårdpersonal och kan i värsta fall leda till vårdskada.• Om SI erbjuds patienter med otillräckligt stöd i vardagen och/eller inadekvat boendesituation riskerar andra insatser som skulle vara till större hjälp för patienten att utebli.• Om patienten blir avvisad, ibland vid upprepade tillfällen, pga. hög belastning på vårdplatser, leder det till stress och skadat förtroende för insatsen hos både patient och vårdperson.

Särskilt positiva erfarenheter för patienter med symtom på emotionell instabilitet

Vårdgivare som erbjuder SI för patienter med självdestruktiva handlingar eller symtom på emotionell instabilitet där det också kan förekomma utagerande beteenden, beskrivs SI kunna ha särskilt positiv inverkan. Verksamheterna beskriver att belastningen på akutverksamheten samt förekomsten av tvångsåtgärder minskat drastiskt till följd av SI införts för patientgruppen. Denna effekt beskrivs uppkomma efter ett par månader, till upp till ett år, efter införandet av SI.

Extern samverkan fortsatt en utmaning

För patienter med behov av insatser från socialtjänsten utöver hälso- och sjukvården beskriver verksamheterna att SI inte nödvändigtvis bidrar till en ökad samverkan och samordnad vård. Samordningen bygger snarare på att det finns etablerade samarbetsformer mellan främst öppenvården och socialtjänsten. Verksamheter med stor erfarenhet av SI för patienter med svåra psykiska funktionsnedsättningar som t.ex. psykossjukdom beskriver behovet av att tydliggöra skillnaden mellan SI och socialt stöd, något som behöver ske lokalt i tät dialog mellan parterna. Detta för att minska risken för att SI erbjuds istället för adekvat stöd i vardagen, såsom tillgången till särskilda boendeformer.

Erfarenheter från implementeringen av självvald inläggning

Verksamheterna som Socialstyrelsen varit i kontakt med har arbetat olika länge med SI med olika grader av självupplevd framgång. De flesta vårdgivare beskriver att implementeringen av metoden inledningsvis varit krävande, där både omvårdnadspersonal och ansvariga läkare varit oroliga över att SI kommer att bidra till ökad vårdkonsumtion och ökade patientsäkerhetsrisker. De flesta verksamheter beskriver dock att denna osäkerhet minskat med tiden i takt med att personalen fått positiva erfarenheter av metoden, och de negativa konsekvenserna uteblir. Vårdgivarna som använt SI en längre tid, och själva anser sig ha hittat en bra och säker arbetsmodell, beskriver att den viktigaste framgångsfaktorn är tydliga och väl förankrade rutiner om alla SI-moment samt roll- och ansvarsfördelningen på alla verksamhetens nivåer. Framgångsfaktorer vid implementeringen av SI beskrivs vara när verksamhetsledningen tagit ett tydligt kommando i implementeringen av SI, tillgången till stabila och välinformerade bakjournslinjer och aktiv och drivande öppenvård. De vårdgivare som övergått till att erbjuda SI på separata avdelningar där alla vårdplatser används för SI beskriver tydliga fördelar med denna modell jämfört med deras tidigare upplägg att erbjuda vissa platser för SI på avdelningar för vanlig HDV. Fördelar som beskrivs:

- SI-avdelningen är lugn och underlättar återhämtning eftersom patienter är inlagda i ett lindrigare skede av sjukdomsförloppet.
- Genomgående samma arbetssätt underlättar bibehållen kompetens och kunskap hos personal och gör det lättare att rekrytera och arbetsleda personalen.
- Avdelningen kräver lägre bemanning, vilket medför att vården blir mer kostnadseffektiv.

Patienters och anhörigas upplevelse och erfarenhet av självvald inläggning

NSPH har i sin rapport, som tagits fram för Socialstyrelsens räkning, samlat in patienters och anhörigas erfarenheter av självvald inläggning. NSPH:s kartläggning har utgått från enkäter, djupintervjuer samt fokusgrupper med patienter och anhöriga. Trots aktiva försök att säkerställa en bred spridning av respondenter har NSPH huvudsakligen kommit i kontakt med patienter från vissa regioner och patienter med övervägande emotionell instabilitet och/eller självskadebeteende. Trots att detta medför att rapporten begränsas vad gäller generaliserbarheten till alla grupper som erbjuds SI, ger den ett värdefullt och unikt komplement av patient- och anhörig-erfarenheter som breddar bilden och kunskapsläget för SI. Nedan sammanställs NSPH:s iakttagelser och analyser. För NSPH:s fullständiga rapport, se Bilaga 2.

Erfarenheter av självvald inläggning

Patienter har för NSPH beskrivit både positiva och negativa erfarenheter av SI. Se Tabell 3 för sammanställning av dessa erfarenheter. Patienterna beskriver för NSPH att fördelarna med SI inte i första hand är till följd av den ökade tillgången till HDV, utan snarare en följd av vårdens ändrade inställning. Framförallt beskriver patienter att SI bidrar till att vården utformas utifrån ett jämlikt samarbete mellan patient och vårdpersonal vilket bidrar till ökad självkänsla och tilltro till den egna förmågan att hantera sitt sjukdomstillstånd. Patienter vill inte ta över ansvaret för vården utan vill snarare att vården ska uppmuntra och respektera initiativ och försök. Det är när vården inte verkställer SI såsom det var överenskommet på ett sätt som minskar jämlikheten i vårdrelationen som de negativa erfarenheterna uppstår. Då beskriver patienterna att förtroendet minskar till vården och att det i sin tur leder till att tröskeln till att söka hjälp blir högre.

NSPH:s analyser och slutsatser

Utifrån den analys NSPH har gjort av patienternas erfarenheter rekommenderar de i sin rapport verksamheterna som jobbar med SI, eller funderar på att införa SI, att pröva sina mål och syften, sina regler och sina vårdstrukturer, sin kompetens och sina värderingar för att uppriktigt kunna skapa en jämlik vårdrelation som bygger på samarbete och tillit. NSPH problematiserar kring huruvida det är rimligt att denna typ av vårdrelation endast ska gälla för patienter med SI. Istället bör SI ses som ett förhållningssätt och ett uttryck för och utvecklingssteg mot verklig personcentrering samt god och nära vård.

Tabell 3. Patienterfarenheter av självvald inläggning

Positivt med SI	Negativt med SI
<ul style="list-style-type: none">• Slippa söka vård via akutverksamhet och därmed behöva hävda sitt behov av vård med risk att bli nekad det stöd man anser sig behöva.• Tillgång till personal som patienten känner igen och har en relation till.• Ökad egenmakt och trygghet i tillvaron när personen vet att vården finns där när behovet uppstår, och själv kan ta beslut om när hen behöver vård.• I större utsträckning kunnat fortsätta med sin sysselsättning vilket har varit viktigt för återhämtningen.• Att kunna planera inläggning har lett till struktur och möjlighet att förbereda och planera sin vardag.• Möjliggör att arbeta med långsiktiga mål och strategier för att hantera kriser.• Bidrar till att betraktas som en jämlik av vården, att relationen bygger på samarbete och tillit.• Anhöriga upplever att SI bidrar till att skapa lugn och stabilitet i familjen.• Anhöriga upplever trygghet när de vet att deras närstående kan få vård och stöd.• Patienten uppmuntras till att ta egna beslut om vad hen behöver.	<ul style="list-style-type: none">• Överenskommelsen handlar mer om vad patienten ska följa för regler än vad vården ska innehålla.• Överenskommelsen gäller bara patientens ansvar, inte personalens.• Personalen som tar emot patienten på avdelningen vet inte vad SI är.• Personalen på avdelningen glömmar bort patientens dagliga samtal eller hinner inte genomföra samtal.• Dialogen mellan heldygnsvård, öppenvård och kommunal omsorg fungerar inte.• Patienten tas inte på allvar, och nekas vård på HDV i situationer patienten själv anser sig ha ett större vårdbehov än inläggning via SI.• Patienten får inte tillgång till läkarbedömning för ställningstagande till överflyttning till vanlig HDV under SI.• Patienten får inte tillgång till öppenvårdsinsatser med hänvisning till att SI istället erbjuds.• Blir nekad inläggning via SI då det är fullt på avdelningen• Fast och oflexibel vårdtid och begränsade tider för inskrivning som inte utgår från patientens situation, behov och tillstånd.• Minskad tillgång till samtal med läkare och sjuksköterskor jämfört med vanlig HDV.

Beskrivning av vetenskapliga publikationer

SBU har genom sin upplysningstjänst identifierat en systematisk litteraturoversikt samt 27 primärstudier. Se Bilaga 3 för SBU:s fullständiga rapport. Tre utredare på Socialstyrelsen, med stöd från en utredare från SBU, har utifrån SBU:s metodhandbok (3) kvalitetsgranskat de publicerade kontrollerade studierna. Nedan kommer en kort sammanställning av det vetenskapliga stödet för SI.

Systematiska översikter

En publicerad litteraturoversikt som bygger på studier utan kontrollgrupp (4) visade på en generell ökning av antalet vårdtillfällen inom HDV, men en minskning av antalet vårddyg (både frivillig- och tvångsvård). Vidare framkommer att SI bidrar till upplevd ökad självkänsla, självkontroll och autonomi. SBU har bedömt att översiktsartikeln har brister i rapportering av litteratursökningsstrategin, samt bedömning och rapportering av studiernas risk för bias, vilket medför att artikeln inte når upp till SBU:s krav på måttlig risk för bias. Översiktförfattarna bedöms dock ha identifierat relevant litteratur vid tidpunkten för sökning.

Kvantitativa primärstudier

Se Bilaga 4 för Socialstyrelsens sammanställning av resultaten som framkommer i de kvantitativa primärstudierna.

Randomiserade kontrollerade studier

Tre randomiserade kontrollerade studier (RCT) med sammanlagt 283 patienter har genomförts där utfallet publicerats i fem artiklar (5-9). Två av studierna har undersökt vårdkonsumtion som huvudsakligt utfall. Båda studierna visar att vårdkonsumtion i vård dagar tydligt minskar i både SI- och kontrollgrupper. Förändringen över tid skiljer sig inte åt mellan grupperna. Alla tre studier har även inkluderat andra utfallsmått, såsom funktion i vardagen samt tilltron till den egna förmågan att hantera sitt sjukdomstillstånd. Granskningen av de publicerade RCT:erna visar på begränsningar i upplägg och genomförande vilket medför att resultaten bör betraktas med viss försiktighet på grund av risk för snedvridning av resultaten.

Icke-randomiserade kontrollerade studier

Två studier utan randomisering och med registerbaserade kontrollgrupper finns publicerade. I den ena studien där SI utvärderats för 422 patienter med huvudsakligen psykosjukdom, presenteras signifikanta skillnader mellan grupperna i vårdkonsumtion (10). Resultaten visar att antalet vårdtillfällen

ökar bland de som haft tillgång till SI, samt att även om båda grupper minskar mängden vård dygn, är denna minskning större i kontrollgruppen. I den andra studien där SI utvärderats för 29 patienter med ätstörningsproblematik, rapporteras inga statistiska jämförelser av skillnader mellan grupperna över tid (11). Istället presenteras förändring över tid inom respektive grupp, där gruppen som haft tillgång till SI minskar antalet vård dagar i HDV till skillnad från kontrollgruppen. Artikeln presenterar även en hälsoekonomisk utvärdering som visar på att SI kan medföra att vårdplatser frigörs för patienter utan tillgång till SI. Kvalitetsgranskningen av de icke-randomiserade studierna visar att båda har metodologiska begränsningar i upplägg och genomförande, även om den större studien är av högre kvalitet. Framförallt kan inte inverkan av störfaktorer uteslutas, vilket medför att resultaten bör betraktas med stor försiktighet.

Icke-kontrollerade primärstudier

Det finns två publicerade artiklar som har undersökt vårdkonsumtion före och efter införandet av SI hos patienter med huvudsakligen psykosjukdom, utan kontrollgrupp (12, 13). Båda studier visar att antalet vård dygn i HDV tydligt minskar. Dessa två studier har inte kvalitetsgranskats i och med att denna typ av studiedesign alltid medför en mycket hög risk för bias.

Kvalitativa primärstudier

Se Bilaga 4 för Socialstyrelsens sammanställning av resultaten som framkommer i de kvantitativa primärstudierna. Fjorton studier (14-28) har undersökt erfarenheter och upplevelser av SI bland patienter och vårdpersonal i Sverige, Norge och Danmark, för patienter med huvudsakligen symtom på emotionell instabilitet och/eller psykosjukdom. Se Tabell 4 för en sammanställning av de teman som presenteras i dessa publicerade studier. De kvalitativa studierna beskriver både positiva- och negativa erfarenheter och upplevelser av SI. De positiva erfarenheterna rör teman om ökad tillgänglighet, självbestämmande, förutsägbarhet samt självkänsla/förmåga att leva med sitt sjukdomstillstånd. Negativa erfarenheter rör teman som gäller miljön på HDV, bemötande från vårdpersonal samt osäkerhet och ambivalens kring användandet av SI. Vad gäller de kvalitativa studierna kan resultaten av dessa inte användas för att uttala sig om kausalitet, dvs. om det är SI som lett till de beskrivna erfarenheterna och upplevelserna. Däremot ger dessa beskrivningar en viktig bild av underliggande faktorer som bör och kan undersökas vidare i kontrollerade studier.

Tabell 4. Positiva- och negativa erfarenheter av självvald inläggning baserat på publicerade vetenskapliga studier.

Positiva erfarenheter	Negativa erfarenheter
Patienters erfarenheter	
<ul style="list-style-type: none"> • Lättare att söka till HDV. • Tillgången till HDV för återhämtning och stöd förebygger försämring. • Ökad självkänsla och tilltro till den egna förmågan att hantera sitt tillstånd. • Ökad tillit till vårdpersonal och HDV. • Ökat självbestämmande och delaktighet i vården. • Ökad trygghet och säkerhet under inläggning. • Möjlighet att jobba mot långsiktiga mål och förändringsarbete. • Förutsägbarhet och möjlighet till förberedelse inför inläggning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oro att uppta plats på andra patienters bekostnad. • Hinner inte använda SI då kris uppstår snabbt/plötsligt. • Ambivalens kring att vilja söka hjälp/ta emot hjälp. • Rädsla för, och erfarenheter av, att bli avvisad vid användning av SI. • Stress och irritation vid motstridig information och missförstånd hos vårdpersonal. • Känsla av att vara nedprioriterad på HDV. • Dela miljö med andra inlagda patienter som mår dåligt och/eller utagerar.
Anhörigas erfarenheter	
<ul style="list-style-type: none"> • Avlastning och minskad stress. 	
Vårdpersonalens erfarenheter	
<ul style="list-style-type: none"> • Minskad stress och belastning i arbetet. • Minskad oro för patientens och den egna säkerheten. • Ökat beslutsfattande och stärkt kompetens. • Möjlighet att fokusera på insatser och förändringsarbete. • Förutsägbarhet och möjlighet till bättre planering av inläggningen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress hos vårdpersonal till följd av att behöva prioritera mellan patienter vid platsbrist. • Risk för passivitet och ökat beroende av HDV för vissa patienter. • Ambivalens kring ökat ansvar.

Förutsättningar för självvald inläggning inom psykiatrin

Vårdformer inom psykiatrisk verksamhet

Enligt 2 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, avses med ”slutenvård” all vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning och med ”öppenvård” övrig vård. Formellt finns inga halvöppna- eller mellanvårdsformer, även om vården idag i praktiken ges på olika sätt där gränsen mellan öppenvård och HDV ofta är otydlig. Detta framkommer i slutbetänkandet Effektiv vård (s. 373, SOU 2016:2) samt delbetänkandet God och nära vård (s. 352, SOU 2019:29).

I och med att patienten vid SI formellt skrivs in vid en vårdinrättning som erbjuder hälso- och sjukvård dygnet runt så är den delen av insatsen där patienten är inlagd på HDV att betrakta som ”slutenvård” i lagens mening. Hur insatser och innehåll i HDV och öppenvård är organiserade i regionerna skiljer sig åt, framförallt avseende tillgången till olika intensiva öppenvårdsinsatser, mellanvårdsinsatser som överbryggar öppenvård och HDV samt samordnade insatser för patienter med stora vårdbehov.

Vårdens skyldighet att skapa förutsättningar för god och säker vård

Av 5 kap. 1 § HSL framgår att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas på ett sätt så att kraven på en god vård uppfylls. Enligt 4 kap. 2 § HSL ska det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Av 4 kap.1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, framgår att verksamhetschefen säkerställa att patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOF 2011:9) framgår att det är vårdgivarens ansvar att bedriva god och säker hälso- och sjukvård genom att utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Det ska dessutom framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det är således vårdgivaren, vanligen i praktiken verksamhetschefen, som beslutar och planerar för vad som ska göras samt vilken information som behöver överföras, kommuniceras och samordnas vid vilka tidpunkter. Dessutom åligger det vårdgivaren, i praktiken verksamhetschefen, att systematiskt och fortlöpande följa upp och utvärdera kvaliteten i verksamheten i enlighet med 5 kap. 4§ HSL.

Vem som gör vad vid SI beslutas om och ansvarar också av vårdgivaren. I praktiken innebär detta att det är verksamhetschefen eller annan arbetsledande chef som ansvarar för att fördela arbetsuppgifter på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. För de flesta arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården finns det inga särskilda regler om vem som får utföra dem, utan kravet enligt HSL är istället att personen som utför arbetsuppgiften har rätt kompetens för att utföra den på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Det är vårdgivarens ansvar att bedöma och säkerställa att den person som utför ett moment vid SI har rätt kompetens att utöva den.

Vårdens skyldighet att göra patienten delaktig

Enligt 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL, syftar lagen till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Av 5 kap. 1 § PL framgår att hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Av 5 kap. 2 § PL framgår att en patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att han eller hon själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Att som vid SI formulera vissa förutsättningar för att erbjuda en insats där patienten har ett större eget ansvar är således förenligt med regelverket, om den utgår från patientens individuella förutsättningar. Att säkerställa att patienten har förutsättningar och förmåga att tillgodöra sig SI anser Socialstyrelsen vara en förutsättning för god och säker vård. Att sätta upp villkor för SI i en överenskommelse behöver således inte innebära en inskränkning av patientens autonomi och delaktighet i vården. Vårdgivaren kan stärka autonomi och delaktighet genom att (i linje med 5 kap. 1 § PL) inkludera patienten i planeringen och genomförandet av SI-momenten för att skapa samförstånd. Av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra vården så långt som möjligt i samråd med patienten, samt att patienten ska visas omtanke och respekt. Ett gott bemötande vid all kommunikation, information och återkoppling ska genomsyra all hälso- och sjukvård, vilket framgår av Socialstyrelsens handbok ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig” (29).

Patientsäkerhet vid självvald inläggning

Av 3 kap. 1-3 §§ PSL framgår att vårdgivaren ska vidta nödvändiga åtgärder för att förebygga vårdskador samt utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Med vårdskada avses enligt 1 kap. 5 § PSL ett lidande, kroppslig- eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt 6 kap. 4 § PSL skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och ska till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Av 6 kap. 2 § PSL framgår att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Enligt 1 kap. 4 § PSL avses med hälso- och sjukvårdspersonal all personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter. Således kan även skötare och annan omvårdnadspersonal som inte har hälso- och sjukvårdslegitimation vara hälso- och sjukvårdspersonal.

Enligt den nationella handlingsplanen för säker vård (30) framkommer att en engagerad ledning och tydlig styrning, en god patientsäkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens hos personalen samt patienten som medskapare är de grundläggande förutsättningarna för säker vård. Att utvärdera och förstå inträffade vårdskador är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet, eftersom det hjälper hälso- och sjukvården att förstå vilka risker som finns och kunna förebygga att liknande situationer uppstår.

Vårdskador i samband med självvald inläggning

Inom psykiatrisk verksamhet kan flera olika typer av vårdskador uppstå. En viktig och livsavgörande vårdskada är suicid. Kartläggningar av suicid och suicidförsök inom psykiatrin har visat att suicid oftast ägde rum i nära anslutning till pågående vård. Återkommande brister i vården i anslutning till dessa händelser rör bl.a. uppföljning av åtgärder, vårdplaner, suicidriskbedömningar och samverkan mellan vårdenheter (31). På Socialstyrelsens webbplats (32) finns ett samlat stöd riktat till hälso- och sjukvård om riskfaktorer och förebyggande åtgärder för suicid.

Socialstyrelsen har varit i kontakt med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt landets patientnämnder för att efterfråga inkomna ärendet som rör SI. Socialstyrelsen har tagit del av tre Lex Maria-ärenden och två klagomål där SI varit inblandat. I myndighetens översyn av vårdgivarnas internut-

redningar i Lex-Maria ärendena framträder två områden som särskilt bidragande till de allvarliga vårdskador i form av suicid som uppstått i samband med eller anslutning till SI:

- Brister i informationsöverföring mellan vårdgivare eller huvudmän som träffat patienten och haft kännedom om ett försämrat mående och ökad (förändrad) suicidrisk.
- Brister i lokala rutiner på HDV att upptäcka att patienten behöver mer tillsyn och ett större omhändertagande än vad som erbjuds inom ramen för SI.

Klagomålsärendena rör patienter som under vistelse på avdelning agerat på ett sätt som brutit mot villkor i den skriftliga SI-överenskommelse vilket lett till utskrivning. I dessa ärenden riktar IVO kritik till vårdgivaren och anser att bemötandet och hanterandet av patienten i situationerna som uppstått varit inadekvat.

Patientsäkerhet vid självmald inläggning

En potentiell patientsäkerhetsrisk vid SI är att de olika delarna av vårdformen ses som avgränsade från varandra, istället för som en helhet som inbegriper både öppenvård och HDV (enligt Figur 1, sidan 14). I praktiken innebär SI att vårdpersonal från olika enheter kan ansvara över olika delmoment av SI, och att öppenvård och HDV gemensamt har ett övergripande ansvar över insatsen i sin helhet. Etablerade strukturer för samverkan mellan öppenvård och HDV ökar patientsäkerheten vid SI. Exempel på samverkan kan vara gemensamma bedömningar om vilka som ska erbjudas SI samt hur information om patienten löpande ska kommuniceras mellan enheter genom ronder och internmeddelanden.

En annan patientsäkerhetsrisk vid SI är att syftet med att bedöma om SI ska erbjudas som en del av patientens vårdprocess blandas ihop med syftet med bedömningen vid inskrivningssamtalet. I praktiken skiljer sig syftet åt mellan dessa två moment. Syftet med att bedöma om SI ska erbjudas eller inte utgår från patientens långsiktiga vårdbehov och övergripande vårdplaneringen. I denna bedömning ingår att beakta patienten förmåga och förutsättningar, sjukdomsinsikt och motivation. Syftet med inskrivnings- och utskrivningssamtal samt stödsamtal under vistelsetiden är å andra sidan att bedöma patientens kortsiktiga behov vid det aktuella vårdtillfället, dvs. om HDV enligt SI är rätt vårdnivå eller om ett större vårdbehov föreligger.

För att öka patientsäkerheten vid SI används den skriftliga överenskommelsen. Det är genom den skriftliga överenskommelsen som vårdgivaren förbereder patienten för självmald inläggning. I denna förberedelse ingår att tydliggöra när patienten ska söka inläggning via SI eller via vanlig HDV, ge förslag på hanteringsstrategier inför och under vistelsen på HDV, t.ex. vad patienten kan göra om platsen är upptagen, och förklara eventuella villkor för vården enligt SI, t.ex. varför patienten kommer att skrivas ut i förtid vid vissa situationer och vad patienten kan och bör göra då.

Tillgången till, och införandet av, tydliga rutiner och processer för SI tycks vara den viktigaste framgångsfaktorn för att upprätthålla patientsäkerheten

vid SI. Dessa rutiner är särskilt framgångsrika när roller och ansvarsuppgifter, samt kommunikation och samverkan mellan enheter inom verksamheten förtydligas. En utmaning vid SI är att säkerställa att all vårdpersonal som träffar patienter med tillgång till SI har kännedom om dessa rutiner och processer. Detta gäller tillfällig och fast vårdpersonal och kunskap som framförallt berör hur SI skiljer sig åt från sedvanlig HDV, om innehållet i patientens överenskommelse, samt kring bemötande som bidrar till patientdelaktighet. Detta kan t.ex. uppnås genom löpande utbildningar i SI och bemötandefrågor, samt gemensam handledning och konsultation i svåra ärenden. Ytterligare en framgångsfaktor är strukturer för egenkontroll, där vårdgivaren tillsammans med vårdpersonalen löpande utvärdera SI-processen och erfarenheter av att arbeta med den för att skapa en struktur för lärande förbättringsarbete.

Analys och slutsatser

Självvald inläggning (SI), lika ofta kallat för brukarstyrd inläggning (BI), erbjuds idag till vissa patientgrupper med ett stort vårdbehov där tillgången till alternativa insatser är begränsande, och ibland till och med obefintliga. Med alternativa insatser avses då t.ex. tillgången till krisinterventionen, intensiva öppenvårdsinsatser, mellanvårdsinsatser och samordnande funktioner och insatser som lämpar sig för patientgruppen. Socialstyrelsen anser att SI eller andra liknande vårdformer har potential att komplettera traditionell HDV och befintligt vårdutbud på ett sätt som kan vara av värde för patienter med stort vårdbehov.

Delaktighet och etablerade arbetssätt bidrar till positiva erfarenheter av självvald inläggning

Det som är specifikt för SI, jämfört med andra insatser inom psykiatrin, är den skriftliga överenskommelsen som sedan ligger till grund för att patienten kan ta beslut om inläggning på HDV utan att detta överprövas av sjukvården. Socialstyrelsens utvärdering visar att det inte nödvändigtvis i första hand är de specifika komponenterna av SI som ger de positiva erfarenheterna. Det tycks istället vara den förändrade vårdrelationen mellan patient och vårdgivare, till en mer jämlik vårdrelation som bygger på samarbete och tillit, som förklarar en stor del av dessa positiva erfarenheter. Denna förändrade vårdrelation kan uppstå till följd av SI, men behöver inte göra det. De olikheter mellan regionerna i utformning och arbetssätt bidrar till och förklarar en stor del av variationerna i erfarenheter som observerats. Negativa erfarenheter av SI tycks framförallt bero på brister vad gäller tydliga och etablerade arbetssätt. Verksamheter som implementerat SI i enlighet med dess avsikt tycks ha mer positiva erfarenheter.

Separata avdelningar för självvald inläggning särskilt framgångsrikt

Både vårdgivare och patienter beskriver SI som erbjuds på separata avdelningar särskilt positivt. Att erbjuda SI på separata avdelningar har potential att lösa många av de angivna problemen med SI; lättare att säkerställa rätt kompetens hos personalen, lättare att kommunicera och samverka kring patienter eftersom personkontinuiteten ökar, samt att miljön på avdelningen, lokalerna och arbetssätt kan anpassas för att främja återhämtning, självbestämmande och arbetet mot mer långsiktiga mål. Dessutom möjliggör denna organisation att SI kan erbjudas på ett kostnadseffektivt sätt, i och med att arbetet med SI kräver lägre bemanning än sedvanlig HDV.

Det vetenskapliga underlaget osäkert och otillräckligt

Det finns endast ett fåtal publicerade kontrollerade studier om SI, som alla har sina metodologiska brister och begränsningar i generaliserbarhet, vilket medför att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och osäkert. Att arbeta evidensbaserat när den vetenskapliga kunskapen är begränsad är således en utmaning för många inom psykiatrisk vård som jobbar med patienter med mer omfattande vårdbehov. Enligt Socialstyrelsens webbplats (33) rekommenderas vårdgivaren i dessa situationer istället stödja sig på andra källor som säger något om nyttan och riskerna för individen utifrån de lokala förutsättningar som finns. Vid beslut om att implementera SI behöver vårdgivaren se över vilka andra insatser som finns att tillgå för en specifik patientgrupp och utifrån detta ta ställning till insatser som möter patientens behov och bidrar till en personcentrerad och sammanhållen vård.

För att kunna uttala sig om effekten av SI, eller för den delen andra insatser inom och angränsade till HDV, skulle det behövas randomiserade kontrollerade studier av hög kvalitet. Det finns ett särskilt behov att utvärdera SI i relation till andra liknande insatser och vårdformer t.ex. genom att jämföra SI med olika case-management modeller för patienter med psykossjukdomar (34). Dessutom kan och bör olika organisatoriska modeller av HDV utvärderas gentemot varandra, såsom effekter av att ha särskilda avdelningar med SI. Dessutom bör frågeställningarna om effekt breddas från att endast ha ett vårdkonsumtionsperspektiv, till att inkludera andra effektmått såsom delaktighet, självbestämmande och återhämtning.

Sammanfattande bedömning och fortsatta behov

SI är en vårdform under utveckling där Socialstyrelsen ser stora regionala variationer. Socialstyrelsen bedömer att SI, eller andra liknande insatser, kan utgöra ett värdefullt komplement till befintligt vårdutbud som varierar för en särskilt sårbar och utsatt grupp. Socialstyrelsen bedömer att SI är ett sätt, men inte det enda, att skapa en mer jämlikt, personcentrerad och sammanhållen vårdprocess. Socialstyrelsen ser ett behov av insatser som SI, som utgår från patienters värderingar och preferenser, förbättrar patientens självbestämmande och delaktighet samt skapa förutsättningar för en sammanhållen vårdprocess.

Säkerställa att självvald inläggning erbjuds på ett säkert sätt och främjar patientdelaktighet

Socialstyrelsen ser ett stort behov av att alla verksamheter som erbjuder SI säkerställer att:

- det finns rutiner och procedurer för SI som är förankrade på övergripande nivå inom respektive öppenvård och HDV
- personal har rätt kunskap och kompetens för att möta patienter med SI.
- det finnas genomtänkta former för egenkontroll och uppföljning av SI som kan bidra till lärande och utveckling så att vårdskador kan förebyggas och syftet med insatsen, att skapa en personcentrerad vårdvårdprocess, uppnås.

Behov att fortsätta utveckla och utvärdera självvald inläggning samt andra liknande insatser

Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att SI är under utveckling men vill också framhålla att hela den psykiatriska heldygnsvården är under utveckling, där SI och andra liknande insatser är steg på vägen. Myndigheten ser möjligheter att stimulera denna utveckling genom övergripande ansatser för psykiatrisk vård för patienter med tillstånd som är allvarliga, kroniska eller kräver stora insatser från hälso- och sjukvården. Det finns idag tillgängligt material om patientsäkerhet, sammanhållen vård och patientdelaktighet (29, 35, 36) som utgör ett gediget stöd för hälso- och sjukvården. För att ytterligare stötta psykiatriska verksamheter skulle dessa kunna kompletteras med att:

- Genomlys arbetsätt och metoder inom HDV, där SI kan vara en av flera, för att skapa ett kunskapsunderlag om hur säker och personcentrerad vård kan utformas.
- Stimulera forskning om vårdformer inom och i anslutning till HDV för patientgrupper som kräver sammanhållen vård och mer omfattande psykiatriska insatser.
- Skapa ett sammanhållet kunskapsstöd riktat till hälso- och sjukvården om metoder för sammanhållen vårdprocess för patienter som kräver insatser på olika vårdnivåer från både öppenvård, socialtjänst och HDV.
- Skapa stöd för samverkan mellan psykiatrisk verksamhet och andra externa aktörer såsom socialtjänst och/eller habilitering
- Erbjud nationella utbildningar i personcentrerad vård och bemötandefrågor riktat till HDV oberoende av tillstånd
- Sprida kunskap om särskilda patientgrupper som kan kräva anpassat bemötande, såsom för patienter med psykossjukdom, emotionell instabilitet och autismspektrum.
- Skapa ett nationellt forum eller nätverk för kollegialt erfarenhetsutbyte där verksamheter som arbetar med vårdkrävande patienter, genom SI eller andra liknande metoder, kan lära av varandras goda exempel.
- Sprida kunskap om KVÅ-koden för SI, samt löpande och vid behov skapa nya koder för andra liknande insatser för att möjliggöra en uppföljning och jämförelse på nationell nivå.

Projektorganisation

Projektgrupp

Jonas Bergström	Projektägare
Maral Jolstedt	Projektledare
Pontus Strålin	Medicinskt sakkunnig
Charlotte Nymberg	Utredare
Peter Salmi	Utredare
Jonathan Lindström	Statistiker
Ola Assarsson	Jurist

Andra medverkande, Socialstyrelsen

Ylva Ginsberg	Medicinskt sakkunnig
Niklas Långström	Medicinskt sakkunnig
Martina Barnevik Olsson	Medicinskt sakkunnig
Kristina Sinadinovic	Sakingång psykisk ohälsa
Jonas Widell	Rättssakkunnig

Andra medverkande, externa

Emma Palmqvist Wojda	Utredare, SBU
Irene Edebert	Utredare, SBU
Agneta Pettersson	Utredare, SBU
Ann-Kristin Sandberg	Intressepolitisk sakkunnig, NSPH
Mårten Jansson	Utvecklingsledare, NSPH
Jessica Andersson	Verksamhetsansvarig, Sheedo

Referenser

1. Patientregistret: Socialstyrelsen; 2021 [2021-10-04]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/>.
2. Liljedahl S, Helleman M, Daukantaitė D, Westling S. Brukarstyrd inläggning: Manual för utbildning och implementering, utvecklad för Brief Admission Skåne Randomized Controlled Trial (BASRCT): Vetenskapscentrum för klinisk psykiatri, Region Skåne; 2017.
3. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2020.
4. Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y. Patient-controlled hospital admission in psychiatry: a systematic review. 2015;69(8):574-86.
5. Moljord IEO, Helland-Hansen KA, Salvesen Ø, Olsø TM, Gudde CB, Rise MB, et al. Short time effect of a self-referral to inpatient treatment for patients with severe mental disorders: a randomized controlled trial. 2016;16(1):1-10.
6. Moljord IEO, Lara-Cabrera ML, Salvesen Ø, Rise MB, Bjørgen D, Antonsen DØ, et al. Twelve months effect of self-referral to inpatient treatment on patient activation, recovery, symptoms and functioning: A randomized controlled study. 2017;100(6):1144-52.
7. Sigrunarson V, Moljord IEO, Steinsbekk A, Eriksen L, Morken G. A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment and treatment as usual in patients with severe mental disorders. 2017;71(2):120-5.
8. Westling S, Daukantaitė D, Liljedahl SI, Oh Y, Westrin Å, Flyckt L, et al. Effect of brief admission to hospital by self-referral for individuals who self-harm and are at risk of suicide: a randomized clinical trial. 2019;2(6):e195463-e.
9. Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. 1995;18(5):569-77.
10. Thomsen C, Benros M, Maltesen T, Hastrup L, Andersen P, Giacco D, et al. Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: a nationwide prospective multicentre study. 2018;137(4):355-63.
11. Strand M, Bulik CM, Gustafsson SA, von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. Self-admission to inpatient treatment in anorexia nervosa: Impact on healthcare utilization, eating disorder morbidity, and quality of life. 2020;53(10):1685-95.
12. Nyttिंगnes O, Ruud T. When patients decide the admission—a four year pre-post study of changes in admissions and inpatient days following patient controlled admission contracts. 2020;20(1):1-10.
13. Skott M, Durbej N, Smitmanis-Lyle M, Hellner C, Allenius E, Salomonsson S, et al. Patient-controlled admissions to inpatient care: A twelve-month naturalistic study of patients with schizophrenia spectrum diagnoses and the effects on admissions to and days in inpatient care. 2021;21(1):1-9.
14. Rise MB, Evensen GH, Moljord IEO, Rø M, Bjørgen D, Eriksen L. How do patients with severe mental diagnosis cope in everyday life—a qualitative

- study comparing patients' experiences of self-referral inpatient treatment with treatment as usual? 2014;14(1):1-11.
15. Helleman M, Goossens PJ, Kaasenbrood A, van Achterberg T. Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. 2014;23(5):442-50.
 16. Olsø TM, Gudde CB, Moljord IEO, Evensen GH, Antonsen DØ, Eriksen L. More than just a bed: mental health service users' experiences of self-referral admission. 2016;10(1):1-7.
 17. Strand M, Bulik CM, von Hausswolff-Juhlin Y, Gustafsson S. Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective. 2017;50(4):398-405.
 18. Strand M, Gustafsson SA, Bulik CM, von Hausswolff-Juhlin Y. Self-admission to inpatient treatment in psychiatry: lessons on implementation. 2017;17(1):1-7.
 19. Ellegaard T, Bliksted V, Lomborg K, Mehlsen M. Use of patient-controlled psychiatric hospital admissions: Patients' perspective. 2017;71(5):370-7.
 20. Ellegaard T, Bliksted V, Mehlsen M, Lomborg K. Integrating a patient-controlled admission program into mental health hospital service: A multicenter Grounded Theory study. 2018;28(6):888-99.
 21. Helleman M, Lundh L-G, Liljedahl SI, Daukantaitė D, Westling S. Individuals' experiences with brief admission during the implementation of the brief admission skåne RCT, a qualitative study. 2018;72(5):380-6.
 22. Eckerström J, Allenius E, Helleman M, Flyckt L, Perseus K-I, Omerov P, et al. Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives-person-centred care in clinical practice. 2019;14(1):1667133.
 23. Mortimer-Jones S, Morrison P, Munib A, Paolucci F, Neale S, Hellewell A, et al. Staff and client perspectives of the Open Borders programme for people with borderline personality disorder. 2019;28(4):971-9.
 24. Lindkvist R-M, Landgren K, Liljedahl SI, Daukantaitė D, Helleman M, Westling S. Predictable, collaborative and safe: Healthcare provider experiences of introducing brief admissions by self-referral for self-harming and suicidal persons with a history of extensive psychiatric inpatient care. 2019.
 25. Eckerström J, Flyckt L, Carlborg A, Jayaram-Lindström N, Perseus K. Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis. 2020;29(5):962-71.
 26. Ellegaard T, Bliksted V, Mehlsen M, Lomborg K. Feeling safe with patient-controlled admissions: A grounded theory study of the mental health patients' experiences. 2020;29(13-14):2397-409.
 27. Lindkvist R-M, Westling S, Liljedahl SI, Landgren K. A Brief Breathing Space: Experiences of Brief Admission by Self-Referral for Self-Harming and Suicidal Individuals with a History of Extensive Psychiatric Inpatient Care. 2021;42(2):172-82.
 28. Nytingnes O, Benth JŠ, Ruud T. Patient-controlled admission contracts: a longitudinal study of patient evaluations. 2021;21(1):1-13.
 29. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig : handbok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
 30. Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

31. Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2019.
32. Suicid: Socialstyrelsen; 2021 [2021-10-06]. Available from: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varvardskador/varvardskador/suicid/>.
33. Socialstyrelsen. Att arbeta evidensbaserat webbplats: Socialstyrelsen; 2021 [2021-09-01]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/>.
34. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
35. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete: handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
36. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan : nationell vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Förekomst av psykiatriska diagnoser inom heldygnsvård

Bilagan finns att läsa och ladda ner på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se

Bilaga 2. NSPH:s kartläggning av patienterfarenheter

Bilagan finns att läsa och ladda ner på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se

Bilaga 3. SBU:s kartläggning av vetenskapliga studier

Bilagan finns att läsa och ladda ner på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se

Bilaga 4. Socialstyrelsens sammanställning av primärstudier

Bilagan finns att läsa och ladda ner på Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se