

# Nationella resurser för patienter med självskadebeteende – organisatoriska aspekter

## Utgångspunkter

### *En heterogen grupp*

Självskadebeteende är ett sjukdomsuttryck snarare än en sjukdom i sig. Det innebär att patientgruppen är heterogen, med stora skillnader t ex när det gäller grundsjukdom, ålder, neuropsykiatrisk problematik, begåvningsnivå, missbruk, social problematik och somatiska vårdbehov. I många fall finns goda möjligheter att nå ett helt normalt liv, men vissa fall är problematiken så svår att erfarenheten visar att man även med mycket stora och kvalificerade insatser har svårt att nå fullt tillfrisknande. Vården behöver därför kunna differentieras, både när det gäller behandlingarnas målsättningar och innehåll.

Bredden av tillstånd innebär också att vissa typer av kompetens finns på vissa platser, andra på andra platser. Någon tydlig nationell karta över dessa kompetenser och ett systematiskt sätt att lotsa patienter rätt finns tyvärr ännu inte.

### *Rättspsykiatrin blir nödlösning*

Eftersom självskadebeteendet, oavsett bakomliggande orsak, ofta är farligt och ibland direkt livshotande, innefattar vårdbehovet ofta även ett skyddsbehov. I vissa fall förekommer även utåtriktad aggressivitet som medför skyddsbehov för omgivningen.

De patienter som har särskilt stora vårdbehov, med behov av långa slutenvårdstider och stora skyddsbehov, är ofta svåra att hantera inom den reguljära psykiatrin. I ganska många fall leder det till att dessa patienter remitteras till regionnivå, där rättspsykiatrin blir enda alternativet. Men tyvärr har rättspsykiatrin sällan möjlighet att erbjuda alla de dimensioner av behandlingsinnehåll och miljö som dessa patienter behöver.

### *Grundansvaret ligger hos landstingen tillsammans med kommunerna*

Det grundläggande ansvaret för vården ligger hos Landstingen, i samarbete med kommunerna. Men SKL och regeringen är nu överens om att det behövs en del nationella åtgärder och funktioner: För forskning, utveckling och kunskapspridning, både när det gäller prevention och behandling. Och särskilt för omhändertagande av de allra mest vårdkrävande patienterna.

I en överenskommelse med regeringen har SKL fått särskilda projektmedel för nationellt utvecklingsarbete, men det långsiktiga sjukvårdsansvaret ligger fortfarande hos landstingen, som var för sig eller tillsammans måste skapa de lösningar som behövs.

## Grunddrag i en nationell funktion

Arbetsgrupper inom projektet har diskuterat vilket vårdinnehåll som borde erbjudas på nationell nivå, och vilka gemensamma resurser som skulle behövas:

### *Forskning, utveckling och kunskapsutbyte*

Utveckling och spridning av kunskap bör vara en kärna i det nationella samarbetet. Denna kunskap ska genomsyra vården vid de nationella enheterna, samtidigt som den ska ge stöd och vidareutvecklas i samspel med de reguljära psykiatriska verksamheterna runt om i landet.

### *Möjlighet till högspecialiserat konsultstöd*

Den nationella funktionen bör erbjuda möjlighet till högspecialiserat konsultstöd kring vården av dessa patientgrupper. Stödmöjligheten bör primärt rikta sig till psykiatriska verksamheter, men vid behov även kunna vidgas till kommunala vårdgivare.

Konsultationerna ska kunna komma in i ett tidigt skede, och i bästa fall leda till att vården kan fortsätta i hemlandstinget. När så behövs, ska konsultinsatserna också kunna vara ett led i förberedelserna inför en överflyttning till vård på högspecialiserad klinik. Konsultstödet ska dessutom kunna vara en del i utslussningen, när patienten är på väg att lämna den högspecialiserade kliniken.

### *Högspecialiserad slutenvård*

För de allra mest vårdbehövande behöver det finnas högspecialiserad slutenvård, där högsta möjliga behandlingskompetens kombineras med förmåga att hantera stora skyddsbehov under längre tid.

Denna slutenvård ska bygga på nära samarbete med anhöriga och vårdgivare på patientens hemort. Inför inskrivning ska man göra och dokumentera en samarbetsöverenskommelse som beskriver målsättningar, ansvarsfördelning och konkret planering. Det ska också finnas former för löpande kontakter under vårdtiden, t ex i form av återkommande telefon/video-möten. Anhöriga ska ha goda möjligheter till medverkan. Dessutom ska det planeras för för personalutbyte i båda riktningarna, så att personal från den högspecialiserade enheten kan praktisera/auskultera på hemkliniken och personal från hemkliniken kan praktisera/auskultera på den högspecialiserade enheten.

Behandlingen ska bygga på bästa internationellt tillgängliga kunskap, med strukturerade former för olika typer av terapi och färdighetsträning. Olika professionella kompetenser behöver samverka på ett tydligt men delvis gränsöverskridande sätt. Lokalsamhället och dess resurser ska så långt som möjligt användas för olika aspekter av social träning.

Hela personalgruppen ska ha hög kompetens att hantera skyddsbehov med minsta möjliga integritetskränkning. Miljön ska vara så hemliknande som möjligt, men vid behov kunna anpassas så att den kan tillgodose särskilt höga skyddsbehov.

Uppföljningen ska utgå från patientens helhetsperspektiv, så att huvudfrågan handlar om patientens samlade livssituation, och att effekten av enskilda insatser värderas som delfrågor i det sammanhanget.

### *Förutsättningar för att lyckas i verksamheten*

En nyckelfråga för att kunna erbjuda hög vårdkvalitet är att man lyckas rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens. För detta krävs bland annat långsiktighet, forskningsanknytning, löpande utvecklingsmöjligheter, realistisk resursnivå och god ledning.

Tydlig ansvarsfördelning behöver kombineras med brett teamarbete. Det bör finnas en stark koppling mellan ansvar och planering, leda och följa upp behandlingsarbete. Inte minst när det gäller sådant ansvar som ligger på andra professioner än läkare är det angeläget med tydlighet.

Erfarenhetsutbyte i olika former är viktigt för att bredda perspektiven och minska risken för oönskade spänningar. T ex bör slutenvårdens arbetsscheman byggas upp så att åtminstone några medarbetare växlar mellan dag- och nattpass. Arbetsutbyte mellan olika vårdavdelningar, både inom den nationella funktionen och i relation till andra vårdenheter, är också viktigt.

## Praktiska aspekter

### *Dimensionering och lokalisering*

En preliminär klinisk bedömning är att det totalt i Sverige finns behov av denna sorts slutenvårdsresurser för 50 – 70 patienter per år. Med vårdtider på flera månader innebär detta ett behov av 20 – 40 vårdplatser. För att kunna upprätthålla nödvändig differentiering behöver platserna delas upp mellan flera avdelningar, och för att kunna ge tillräcklig individualisering och kvalitet behöver varje avdelning vara liten. En klinisk bedömning är att varje avdelning bör ha 5 – 10 vårdplatser.

Minst två avdelningar bör vara samlokaliserade för att kunna samarbeta med kompetensutveckling, jourresurser och liknande. För att ge måttliga avstånd till patienternas hemorter, för att minska sårbarheten och för att skapa dynamik i kunskapsutvecklingen, bör verksamheterna vara lokaliserade på minst två olika orter. Eftersom självskadebeteendet ofta leder till betydande somatiska vårdbehov, bör verksamheterna också ligga i nära ett somatiskt akutsjukhus.

Summeringen är att en rimlig lösning är två enheter, vardera belägna i någon mellanstor stad med akutsjukhus, och vardera med två vårdavdelningar.

### *Kostnader*

En psykiatrisk slutenvårdsplats, inklusive alla personal, lokaler, utrustnings- och kringkostnader kostar idag grovt sett mellan 2 och 6 miljoner kronor per år, där den högsta kostnaden avser en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning med mycket få vårdplatser. Kostnaderna för denna nya verksamhet kommer att ligga någonstans i den övre delen av detta intervall.

Den höga kostnaden bör ställas i relation till de alternativa totalkostnaderna för att ta hand om dessa patienter, både på kort och lång sikt. Den bör också ställas i relation till de resurser som satsas på andra särskilt vårdbehövande patienter inom andra specialiteter. Patienterna är här oftast unga, i tillstånd som innebär hög risk för livslånga skador eller direkta dödsfall. En avgörande fråga blir vilka resultat som kan uppnås.

### *Organisatoriska förutsättningar för att lyckas*

Det krävs en långsiktig satsning för att bygga upp denna typ av verksamheter. Personal måste rekryteras, samarbeten med universitet och högskolor måste etableras, lokaler måste byggas och samarbetsrelationer behöver växa fram. Allt detta kräver långsiktighet. De huvudmän som tar sig an dessa uppdrag behöver en stabil bas, både när det gäller ekonomi och samarbetsformer kring vårdinnehållet.

## Förslag till samarbetsformer

### *Grundfinansiering med rörlig del*

Eftersom de flesta av kostnaderna är långsiktiga och relativt lite beroende av den momentana beläggningen av vårdplatserna, behöver finansieringsmodellen bygga på ett grundläggande åtagande. Ovanpå detta, kan man ha en rörlig ersättning som är knuten till nyttjandet.

Den rörliga ersättningen bör inte vara så hög att ekonomiska skäl hindrar relevant remittering. Ett sådant underutnyttjande skulle inte bara vara etiskt olämpligt, utan också totalekonomiskt felaktigt eftersom även outnyttjade platser är dyra att driva. Samtidigt bör den rörliga ersättningen inte vara så låg att onödigt många patienter hänvisas till den högspecialiserade nationella vården istället för att vårdas på hemmaplan.

Samma logik bör gälla för finansieringen av konsultstöd. Den rörliga kostnaden bör inte vara så hög att den avskräcker från adekvat användning, men inte heller så låg att man avstår från att bygga upp egen kompetens när så skulle vara lämpligt.

För att nå den önskvärda balansen, bör alla landsting/regioner bidra med en överenskommen grundfinansiering som inte behöver passera den egna psykiatrins budget. Därefter betalas den överenskomna rörliga kostnaden ur psykiatrins budget, på samma sätt som andra psykiatriska insatser. Förslagsvis kan grundfinansieringen stå för 2/3 av totalkostnaden och den rörliga finansieringen för den återstående tredjedelen – så att den rörliga kostnaden blir jämförbar med kostnaderna för andra alternativ.

### *Beslutsformer och löpande samråd är nyckelfrågor*

För att några huvudmän ska vara beredda att åta sig dessa intressanta och svåra uppdrag krävs antagligen en avtalsperiod om minst fem år. Inför ett sådant avtal behöver betalande landsting tillsammans besluta om ambitionsnivå och ekonomiska ramar. Under löpande avtalsperiod måste det också finnas former för löpande diskussion och avstämning.

De generella besluten bör fattas av chefer på övergripande nivå. Beredning och löpande avstämning bör ske i en grupp med förankring i landstingens psykiatriska verksamheter.

### *Varianter*

Om alla landsting/regioner ser behov av denna typ av verksamhet, kan både beslut och beredning kopplas till redan befintliga nätverk/grupper. Grundkostnaden kan fördelas efter befolkningsunderlag eller någon annan princip, t ex bedömd nyttjandegrad.

Men om något/några landsting/regioner bedömer att man inte behöver dessa gemensamma funktioner, måste de övriga landstingen/regionerna skapa särskilda besluts- och beredningsorgan där de utanförstående landstingen/regionerna inte finns med. Och om det senare skulle visa sig att något av de landsting/regioner som valt att stå utanför samarbetet, ändå hamnar i ett läge där man anser sig behöva nyttja några av de gemensamma vårdplatserna eller den gemensamma konsultationsresursen, måste man tillämpa en radikalt högre prisnivå.

## **Risker**

Bedömningen av vårdbehoven är osäker, idag och än mer på längre sikt. Sjukligheten kan öka, minska och förändras. Det är svårt att bedöma om, och i så fall hur mycket, konsultationer och andra insatser kan bidra till att minska slutenvårdsbehoven. Det är också svårt att bedöma hur pass mycket bättre resultat som kan nås med denna typ av högspecialiserade insatser än med mer konventionell behandling. Inget av detta kommer att klarna förrän efter några år.

Risker finns både i att bygga upp denna samverkansstruktur och i att inte göra det. De olika riskerna bör bedömas och vägas mot varandra. Man bör också sträva efter att bygga samarbetsformer som ger största möjliga utrymme för successiva anpassningar inom de överenskomna ramarna.