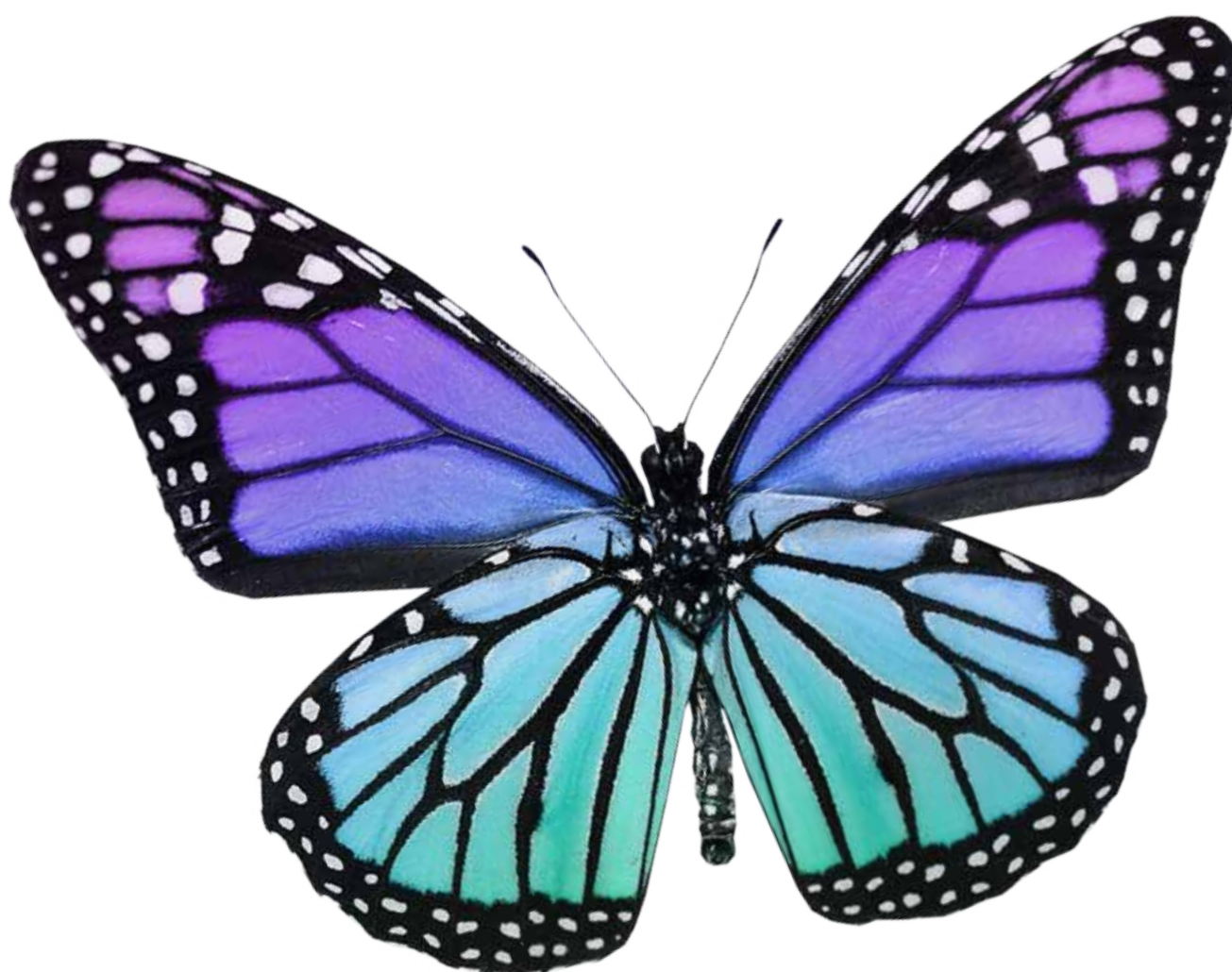


RAPPORT

Självvald inläggning

2017



MARIA MATTSSON
NATALIE DURBEEJ

Innehåll

Inledning.....	3
Bakgrund	4
Syfte, frågeställningar och metod	7
Detaljerad beskrivning av mätmetod från Tabell 1.....	7
<i>Kvantitativ undersökning med patienter</i>	7
<i>Kvantitativ undersökning med personal</i>	9
<i>Kvalitativ undersökning med patienter</i>	9
Deltagare och procedur för rekrytering	10
<i>Kvantitativ undersökning med patienter</i>	10
<i>Kvantitativ undersökning med personal</i>	11
<i>Kvalitativ undersökning med patienter</i>	12
Analyser	12
<i>Kvantitativa analyser</i>	12
<i>Kvalitativ analys</i>	12
Resultat	13
Leder Självvald inläggning till minskad vårdkonsumtion och tvångsvård?	13
Upplever patienterna ökad livskvalitet?	14
Vad förväntar sig patienterna av Självvald inläggning?	15
Hur upplever patienterna Självvald inläggning efter tolv månader? Finns det aspekter av Självvald inläggning som patienten upplever har varit till hjälp/inte har varit till hjälp?	16
Förändras personalens attityd till patienternas inflytande och delaktighet över tid?	18
Diskussion	19
Konklusion.....	20
Referenser.....	21

Inledning

Hösten 2014 startade psykiatri i Stockholms Läns Sjukvårdsområde (SLSO) ett projekt med Självvald inläggning för patienter med psykossjukdom på två avdelningar. Under 2016 har ytterligare tre avdelningar infört Självvald inläggning för patienter med psykossjukdom. Erfarenheterna av projektet har varit goda och de risker som identifierades innan projektstart har förebyggts. Ett stort intresse finns hos patienter och personal inom psykosvården att utöka projektet så att fler avdelningar får möjlighet att använda Självvald inläggning. I denna rapport redovisas resultatet från de två avdelningar som deltog under projektets första år.

Bakgrund

Behov av att stärka patientens roll och delaktighet i svensk hälso- och sjukvård har identifierats av Myndigheten för vårdanalys (1). Myndigheten konstaterade bl.a. brister i hur vården möter patientens individuella behov, värderingar och preferenser. Detta kan leda till sämre vårdresultat och onödiga kostnader. För att komma till rätta med dessa brister har patientens roll stärkts i patientlagen som trädde i kraft 1 januari 2015 (2). Det sjätte kapitlet i patientlagen handlar om delaktighet. Där står att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Studier har visat att patienter med schizofrenidiagnos önskar ha mer information och vara delaktiga i beslut kring sin vård (3). Delat beslutsfattande (shared decision making) är rekommenderat vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd (4).

Historiskt har beslut om inläggning i psykiatrisk heldygnsvård fattats av personal inom psykiatrin. Studier och erfarenheter av patienter som själv får möjlighet att avgöra när de behöver "läggas in" i heldygnsvård är få (5). I Holland har försök med preventiv heldygnsvård för borderlinepatienter (brief admission) visat på minskad vårdkonsumtion och ökad tillfredsställelse med vården hos patienterna. Frekvens och duration av den preventiva heldygnsvården gjordes upp tillsammans med patienten i vårdplanen innan och

baserades på patientens tidigare vårdkonsumtion. Patienten kunde därefter själv bestämma över och "hushålla" med den mängd heldygnsvård som beslutats i patientens vårdplan (6, 7). Denna modell prövas för närvarande på två avdelningar inom Norra Stockholms Psykiatri (NSP) samt på en klinik i Lund.

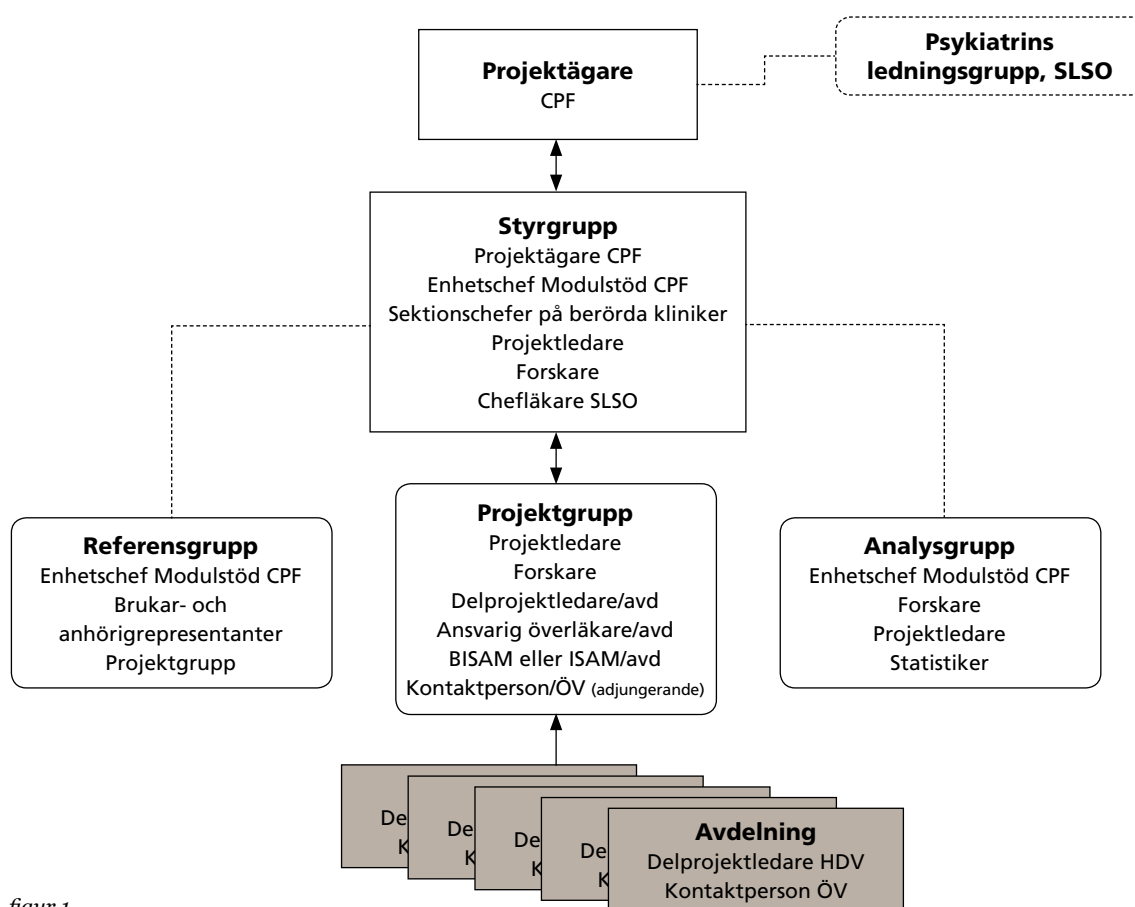
I Norge har en modell för brukarstyrd heldygnsvård för psykospatienter tillämpats under ca 10 år (8). I denna modell, som kallas "Brukerstyrt inleggelse", har patienter med schizofreni och hög konsumtion av heldygnsvård erbjudits att teckna ett kontrakt där de själva kan besluta om när de vill läggas in i heldygnsvård i upp till fem dygn. Resultaten från Norge visade att den sammanlagda inläggningstiden minskade med en tredjedel, trots att inläggningsfrekvensen ökade, och att den sammanlagda tiden för tvångsvård halverades. Erfarenheterna från Norge visar också att personalens attityd till patientens förmåga att hantera sin livssituation förändrats sedan man introducerat "Brukerstyrt inleggelse". För att patienterna ska kunna vara delaktiga i beslut om och när de behöver heldygnsvård krävs det att personalen tror på och vill se patienten som en samverkanspart.

Influerade av projektet i Norge startade SLSO under hösten 2014 ett projekt kallat Självvald inläggning (med en avdelning inom NSP och en avdelning

inom Psykiatri Södra Stockholm (PSS) för att pröva och utvärdera "Brukerstyrt inleggelse" under svenska förhållanden. Syftet var att patienten skulle få ökad delaktighet och kontroll över sin vård genom att själv kunna bestämma när hen ville bli inlagd. Förväntade resultat var färre vård dygn i både frivillig vård och tvångsvård samt färre tvångsåtgärder. Dessutom var förhoppningen att patienterna skulle uppleva en känsla av ökad trygghet, autonomi och möjlighet att kunna ha inflytande över sin vård. Ytterligare en ambition var att personalens syn på patientens förmåga att

påverka sin vård skulle förändras.

En projektorganisation bildades, med en styrgrupp som bestod av företrädare för SLSO:s ledning, projektledare, ledningspersoner från de deltagande verksamheterna och forskare. Det bildades även en projektgrupp bestående av projektledare, lokala delprojektledare kopplade till de deltagande avdelningarna, forskare och lokala ledningspersoner, vilka kontinuerligt skulle följa och utvärdera det praktiska arbetet i projektet. Även en referensgrupp med brukar- och anhörigrepresentanter samt en analysgrupp tillsattes, se figur 1.

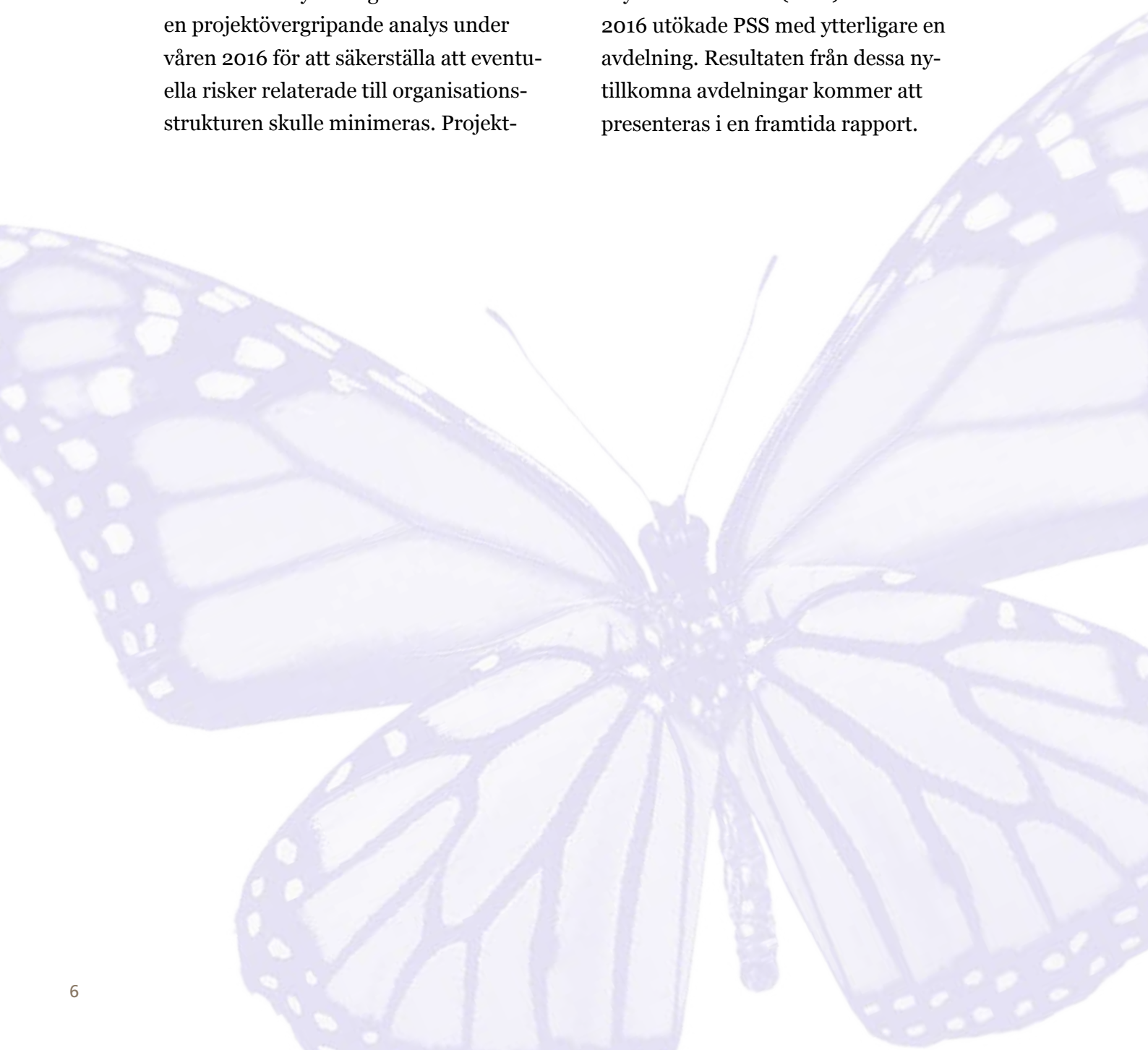


figur 1

En riskanalys gjordes på varje avdelning i samband med uppstart. Syftet var att kartlägga eventuella risker i samband med införandet av Självvald inläggning och att lokalt ta fram åtgärdsförslag för hur riskerna skulle kunna minskas eller elimineras. Ett annat syfte med riskanalysen var också att personalen skulle få möjlighet att lyfta eventuell oro och farhågor inför det nya arbetssättet. Resultatet användes som grund till att formulera en projektplan. Förutom de lokala riskanalyserna genomfördes även en projektövergripande analys under våren 2016 för att säkerställa att eventuella risker relaterade till organisationsstrukturen skulle minimeras. Projekt-

organisationen har under hela projektets gång arbetat agilt och kunnat anpassa arbetssättet utifrån de identifierade behoven.

Då det funnits ett stort intresse för Självvald inläggning kopplades en forskningsstudie till projektet. Studien är prövad och godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm. Under hösten 2015 – våren 2016 startade ytterligare två avdelningar med Självvald inläggning: en inom NSP och en inom Psykiatri Nordväst (PNV). I oktober 2016 utökade PSS med ytterligare en avdelning. Resultaten från dessa nytillkomna avdelningar kommer att presenteras i en framtida rapport.



Syfte, frågeställningar och metod

Syftet med denna rapport är att sammanfatta de resultat som hittills kan ses i projektet. Både kvantitativa och kvalitativa mått kommer att presenteras. Varje patient har varit sin egen kontroll och följts i nio månader avseende vårdkonsumtion, respektive tolv månader avseende andra mått, efter kontrakt. Då uppföljningstiden i studien varierat

mellan nio och tolv månader och det har funnits bortfall för såväl enskilda individer som enkätsvar är resultaten baserade på analyser med olika antal individer.

Personalskattningarna är anonyma och därför kan det vara olika individer som jämförs med varandra. I Tabell 1 presenteras rapportens frågeställningar och på vilket sätt de besvarats.

TABELL 1. FRÅGESTÄLLNINGAR OCH METOD

Frågeställning

- Leder Självvald inläggning till minskad vårdkonsumtion och tvångsvård?
- Upplever patienterna ökad livskvalitet?
- Vad förväntar sig patienterna av Självvald inläggning?
- Hur upplever patienterna Självvald inläggning efter tolv månader?
- Finns det aspekter av Självvald inläggning som patienten upplever har varit till hjälp/ inte har varit till hjälp?
- Förändras personalens attityd till patienternas inflytande och delaktighet över tid?

Mätmetod för att besvara frågeställning ¹⁾

Antal vårdagar i heldygnsvård totalt (frivillig vård och tvångsvård) och tvångsvård separat.

Satisfaction with Life Scale (SLS) och EuroQol 5-Dimensions (EQ5D)

Semistrukturerad patientenkät (PESI baseline)

Semistrukturerad patientenkät (PESI uppföljning), kvalitativ studie

Semistrukturerad patientenkät (PESI uppföljning)

Attitydskala om brukardelaktighet i psykiatri

¹⁾ Varje instrument beskrivs mer detaljerat i avsnittet "Detaljerad beskrivning av instrument och variabler från Tabell 1".

Detaljerad beskrivning av mätmetod från Tabell 1 ²⁾

KVANTITATIV UNDERSÖKNING MED PATIENTER

Data för patientens vårdkonsumtion hämtades ur journalsystemet TakeCare. De data som analyserades var det totala antalet vårddygn i heldygnsvård. Förekomst av tvångsvård och vård enligt kontrakt med Självvald inläggning

analyserades separat. På grund av stora organisatoriska förändringar i en av verksamheterna försvårades möjligheten till tillförlitliga vårdkonsumtionsdata efter tolv månader. Därför har vårdkonsumtionen följts i nio månader före och nio månader efter kontrakt för Självvald inläggning.

²⁾ En frågeställning var också hur sjukdomens svårighetsgrad påverkar antal vård dagar, livskvalitet och patientens upplevelse av Självvald inläggning. På grund av för stort bortfall av Clinical Global Impression presenteras inte detta



Patientens förväntningar och upplevelse av Självvald inläggning mättes med PESI (patientenkät Självvald inläggning), en semistrukturerad enkät inspirerad från Norge (9). Enkäten är anpassad efter svenska förhållanden, har fem slutna ³⁾ frågor om patientens erfarenhet av heldygnsvård och är utökad med två öppna frågor om förväntningar på Självvald inläggning (vid baseline) samt erfarenheter av att ha använt modellen (vid uppföljning). Enkäten besvaras vid kontraktsskrivning samt vid 12, 24 och 36 månader efter kontraktsskrivning.

Patientens livskvalitet mättes med den svenska versionen av Satisfaction with

Life Scale (SLS) som omfattar fem områden: boendesituation, sociala relationer, arbete, nuvarande liv och hur nöjd man är med sig själv (10). Den har 21 frågor med fem svarsalternativ vardera som varierar mellan ”Inte alls nöjd” och ”Fullkomligt nöjd”. Enkäten besvaras vid kontraktsskrivning samt vid 12, 24 och 36 månader efter kontraktsskrivning.

EuroQol 5-Dimensions (EQ-5D) (11, 12) användes för att mäta patientens upplevda hälsotillstånd. Detta är ett standardiserat självskattningsinstrument med fem frågor som berör följande områden: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter,

³⁾ Frågor med fasta svarsalternativ.

smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. För varje dimension finns tre svarsalternativ: inga problem, vissa problem och svåra problem. Det finns också en fråga om den totala hälsan som skattas på en visuell-analog skala (vas-skala). Enkäten besvaras vid kontraktsskrivning samt efter 12, 24 och 36 månader efter kontraktsskrivning.

KVANTITATIV UNDERSÖKNING MED PERSONAL

Attitydskalan om brukardelaktighet i psykiatri är en översättning av skalan Mental Health Consumer Participation Questionnaire (MHCPQ) (13, 14) som mäter attityder om brukardelaktighet bland psykiatrisk personal. Skalan är utvecklad i Australien och har med godkännande av upphovsmännen översatts till svenska av SLSO Psykiatri. Instrumentet har 28 frågor varav 24 stycken har sju fasta svarsalternativ som varierar mellan "Starkt emot" till "Starkt för". Svarsalternativen byttes dock ut mot "Instämmer inte alls" till "Instämmer helt" för att överensstämja bättre med det svenska språket. Instrumentet har även tre subskalor fördelade på 17 frågor: "Consumer capacity" (fråga nr 9,

14, 16, 18, 19, 22, 23, 24), "Consumer involvement" (fråga nr 1, 2, 3, 4, 6) och "Consumer as staff" (fråga nr 5, 7, 10, 11). Subskalorna mäter personalens inställning till patientens förmåga att engagera sig, bidra och vara delaktig i den psykiatriska vården samt att bidra till vårdens organisation och planering. Frågorna 25-28 i instrumentet är öppna och den sista handlar specifikt om Självvald inläggning och har lagts till av projektet. Enkäten besvaras vid projektstart samt efter 12, 24 och 36 månader efter projektstart. Personalen har besvarat enkäten anonymt och inga bakgrundsdata förutom den avdelning/klinik man arbetar vid har samlats in. Verksamhetschefen för respektive avdelning/klinik ansvarar för insamlat material.

KVALITATIV UNDERSÖKNING MED PATIENTER

Upplevelsen av Självvald inläggning har, förutom med PESI, också följts upp med kvalitativa intervjuer av patienter på respektive enhet från NSP och PSS. Intervjuerna genomfördes via telefon eller direkta möten. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.

Deltagare och procedur för rekrytering

KVANTITATIV UNDERSÖKNING MED PATIENTER

Patienter från två vårdavdelningar i Stockholm erbjöds delta i projektets första fas. Den ena avdelningen tillhör NSP och är specialiserad på förstagångs-insjuknade i psykos. Dessa patienter kan därför ha haft kort sjukdomstid då de erbjöds kontrakt. Den andra avdelningen tillhör PSS och är en avdelning för olika diagnoser. Endast patienter med psykos-diagnos från denna avdelning erbjöds att delta. Ungefär 10 månader efter projektstart genomgick PSS en omfattande organisationsförändring och verksamheten indelades i sektioner baserade på diagnos. Detta gjorde att den självvalda platsen flyttades till en avdelning för endast psykopatienter. På grund av denna omorganisation presenteras data för patienternas vårdkonsumtion endast i nio månader före och efter kontrakts-skrivning. De som tillfrågades om deltagande var patienter med psykos-diagnos som:

- Haft minst ett vårdtillfälle i heldygns-vård på aktuell klinik
- Haft återkommande vårdbehov eller var förstagångsinsjuknade
- Haft förmåga till impulskontroll (d v s vid tidigare vårdtillfällen inte varit hotfulla, aggressiva eller försökt skada sig själv eller andra)

- Haft en aktuell vårdplan som inkluderar strategier för att hantera eventuell missbruksproblematik
- Varit motiverade att ta ansvar för sin vård och förstår innebörden av kontraktet
- Haft ett fungerande samarbete med personalen i både öppen- och slutenvård

En viktig utgångspunkt har varit att de med störst behov av heldygnsvård ska bli erbjudna Självvald inläggning. Diskussioner kring tänkbara patienter har hållits i samverkan mellan öppen- och heldygnsvården och beslut om vilka patienter som ska erbjudas kontrakt har skett i samråd mellan ansvariga överläkare på avdelningen och i öppenvården.

Patienter tillfrågades löpande om deltagande i projektet samt informerades muntligt om forskningsstudien av behandlare i öppenvården. Vid detta tillfälle lämnades skriftlig information (kontrakt och samtyckesblankett) som patienten kunde gå igenom med sin behandlare och/eller ta med sig hem för att ta ställning till vid senare tillfälle. En undertecknad kopia av kontrakt sparades i patientens pappersjournal och skannades in i patientens elektroniska journal. De patienter som även samtyckte till att ingå



i forskningsstudien fick behålla en kopia på samtycket. Patientens samtycke till forskningen noterades i patientens elektroniska journal. Efter tolv månader erbjöds patienten att förlänga kontraktet i ett år.

Totalt 52 patienter tecknade kontrakt och deltog i baslinjemätningen för denna rapport. Av dessa rekryterades 29 individer vid avdelningen från NSP och 23 individer rekryterades vid avdelningen från PSS. Vid uppföljningen efter nio månader ingick 49 av de 52 patienterna då tre stycken inte kunde jämföras med

sig själva då de haft mycket kort vårdtid innan kontraktsskrivning. Av de 52 patienterna som ingår i rapporten var 27 män och 25 kvinnor. Åldrarna varierade mellan 19 och 71 år med en medelålder på 37.1 år.

KVANTITATIV UNDERSÖKNING MED PERSONAL

Även personal från respektive avdelning ingick som deltagare i undersökningen med syfte att mäta attityder till brukardelaktighet i psykiatri. All personal som arbetade vid de två avdelningarna erbjöds att anonymt fylla i attitydskalan om brukardelaktighet. Totalt svarade 17

individer vid avdelningen från NSP och 37 individer vid avdelningen från PSS på attitydskalan vid baslinjemätningen. Efter tolv månader deltog 16 respektive 32 individer från avdelningarna vid uppföljningen. Då deltagandet var anonymt har det inte gått att avgöra om samma individer deltagit i baslinje- och uppföljningsmätningen. I analyserna (se nedan) har det antagits att olika personer deltagit vid de två mättillfällena och därmed betraktas deltagarna som att de utgör två oberoende undersökningsgrupper.

KVALITATIV UNDERSÖKNING MED PATIENTER

I den kvalitativa undersökningen tillfrågades patienter som ingår i projektet och som utnyttjat Självvald inläggning vid minst ett tillfälle ⁴⁾. Rekryteringen genomfördes av patienternas behandlare/samordnare på respektive mottagning eller av delprojektledare som fanns kopplade till avdelningarna. Sju patienter intervjuades, tre män och fyra kvinnor i åldrarna mellan 23 till 59 år. Fyra individer hörde till PSS och tre individer hörde till NSP. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.

⁴⁾ En av patienterna hade inte utnyttjat Självvald inläggning men ville delta ändå.

Analyser

KVANTITATIVA ANALYSER

Deskriptiva analyser (medelvärde, medianer, standardavvikelser, frekvenser och variationsbredder) genomfördes för att beskriva deltagarna. I de fall där fördelningen antog approximativ normalfördelning användes t-test för oberoende respektive beroende mätningar för att besvara studiens frågeställningar. Det förstnämnda testet användes för att undersöka skillnader över tid för en och samma undersökningsgrupp, medan det andra testet användes för att analysera skillnader mellan grupper vid ett och samma mättillfälle. I de fall data inte var normalfördelade användes de icke-parametriska testerna Mann-Whitney U-test och Wilcoxon Rank Test istället för t-test för oberoende respektive beroende mätningar.

KVALITATIV ANALYS

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Genom upprepad läsning av de transkriberade intervjuerna identifierades meningsenheter som kodades. Därefter sorterades meningsenheterna i kategorier genom att likheter och skillnader jämfördes. Därefter skapades *huvudkategorier* av de kategorierna som framkommit och slutligen formulerades tre övergripande *teman* av huvudkategorierna.

Resultat

Leder Självvald inläggning till minskad vårdkonsumtion och tvångsvård?

För att besvara denna frågeställning jämfördes patienterna med sig själva vad gäller antal vårddygn (VD) totalt i heldygnsvård (frivillig och tvångsvård ⁵⁾) och tvångsvård, nio månader före respektive efter kontraktets start. I analyserna ingick 49 individer, varav 26 individer rekryterats vid avdelningen från NSP och 23 individer rekryterats vid avdelningen från PSS, se Tabell 2. Av de 49 individerna hade 16 stycken använt Självvald inläggning, varav 6 individer tillhörde NSP och 10 individer tillhörde PSS. I Tabell 2 beskrivs antalet VD totalt (frivillig vård och tvångsvård) och i tvångsvård

utifrån det totala antalet (tot) dygn, medelvärden (M) och medianer (Md) under nio månader före respektive efter kontraktets start.

Analyserna visade en signifikant minskning över tid vad gäller det totala antalet VD i heldygnsvård och antalet VD i tvångsvård för både patienter från PSS och NSP när de analyserades tillsammans. I analyser med patienter från NSP respektive PSS separat framkom det dock att endast patienterna från NSP minskat sin vårdkonsumtion över tid, jämfört med patienter från PSS.

TABELL 2. VÅRDDAGAR TOTALT I HELDYGNSVÅRD OCH TVÅNGSVÅRD NIO MÅNADER FÖRE RESPEKTIVE EFTER KONTRAKTETS START.

Enhet	Använt Självvald inläggning	Antal VD totalt nio mån före kontrakt	Antal VD totalt nio mån efter kontrakt	p	Antal VD i tvångsvård nio mån före kontrakt	Antal VD i tvångsvård nio mån efter kontrakt	p
NSP + PSS (n = 49)	16	Tot: 1627 M: 33.20 Md: 13.00	Tot: 705 M: 14.39 Md: 1.00	.017	Tot: 1253 M: 25.57 Md: .00	Tot: 352 M: 7.18 Md: .00	.005
NSP (n = 26)	6	Tot: 1251 M: 48.12 Md: 34.50	Tot: 294 M: 11.31 Md: .00	.003	Tot: 1060 M: 40.77 Md: 7.50	Tot: 202 M: 7.77 Md: .00	.005
PSS (n = 23)	10	Tot: 376 M: 16.35 Md: 10.00	Tot: 411 M: 17.87 Md: 3.00	.794	Tot: 193 M: 8.39 Md: .00	Tot: 150 M: 6.52 Md: .00	.515

I Tabell 3 beskrivs antalet VD i Självvald inläggning utifrån det totala antalet (tot) dygn, medelvärden (M) och medianer (Md) under nio månader efter kontraktets start. De 16 patienter som använt Självvald inläggning hade tillsammans

haft en vårdkonsumtion på 64 VD och en genomsnittlig vårdkonsumtion på fyra VD. Den största vårdkonsumtionen i Självvald inläggning återfanns bland patienter från PSS.

⁵⁾ Enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)



TABELL 3. VÅRDDAGAR I SJÄLVVALD INLÄGGNING NIO MÅNADER EFTER KONTRAKTETS START ⁶⁾

Enhet	Använt Självald inläggning	Antal VD totalt nio mån efter kontrakt
NSP + PSS	16	Tot: 64 M: 4.00 Med: 2.00
NSP	6	Tot: 16 M: 2.67 Med: 2.00
PSS	10	Tot: 48 M: 4.80 Med: 3.00

Upplever patienterna ökad livskvalitet?

För att undersöka om patienterna upplevt ökad livskvalitet jämfördes varje patient med sig själv vad gäller baslinje- och tolv månaders-uppföljningen av specifika frågor i SLS och EQ-5D.

I analyserna med SLS som utfallsmått ingick 23 patienter från NSP och PSS som besvarat både baslinjemätningen och den

uppföljande mätningen. På grund av små grupper analyserades data från klinikerna tillsammans i syfte att öka möjligheten att upptäcka signifikanta förändringar över tid. Inga separata analyser av NSP och PSS gjordes p.g.a. för låg statistisk styrka ⁷⁾. Analyserna visade inga signifikanta skillnader över tid vad gäller

specifika frågor i SLS. Det återfanns dock en tendens till signifikant skillnad över tid för följande fråga: ”Hur pass nöjd är du med ditt nuvarande liv?”, vilket kan tolkas som en tendens till att patienterna, vid uppföljningen, blivit mer nöjda med sina liv, jämfört med hur pass nöjda de varit vid baslinjemätningen ($p = 0.05$). I analyserna med EQ-5D som utfallsmått

deltog endast fem patienter som besvarat instrumentet vid både baslinjemätningen och tolv månaders-uppföljningen. Det återfanns inga signifikanta skillnader mellan mätpunkterna när det gäller delskalorna rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet, eller VAS-skalan i EQ-5D bland dessa patienter.

Vad förväntar sig patienterna av Självvald inläggning?

För att undersöka vilka förväntningar som funnits på Självvald inläggning sammanställdes svar från 29 patienter⁸⁾ som besvarat följande fråga i PESI vid baslinjemätningen: ”Mina förväntningar på Självvald Inläggning är (Beskriv hur du tänker att Självvald inläggning skall vara till hjälp för dig)”. Exempel på förväntningar var ökad delaktighet och ökat inflytande vad gäller den egna vården, ett bättre mående, att Självvald inläggning skulle fungera som ett stöd och en trygghet, att snabbt erhålla vård

vid behov och att få tillgång till ett eget rum, en lugn och avslappnande miljö och personal att samtala med. Det framkom även förväntningar att Självvald inläggning skulle fungera som ett alternativ till medicinering och att det skulle förhindra eller begränsa sjukdomsförloppet. Ett fåtal patienter nämnde att de inte hade några förväntningar alls och/eller att de troligen inte skulle komma att använda sitt kontrakt då de var vid förhållandevis god hälsa.

⁶⁾ Denna tabell redovisar bara antal dygn Självvald inläggning och inte sedvanlig inläggning eller tvångsvård.

⁷⁾ För att upptäcka statistisk säkerhetsställd skillnad så måste man ha tillräckligt många som besvarat forskningsfrågan.

⁸⁾ Av de 52 patienterna hade 23 stycken inte besvarat frågan.



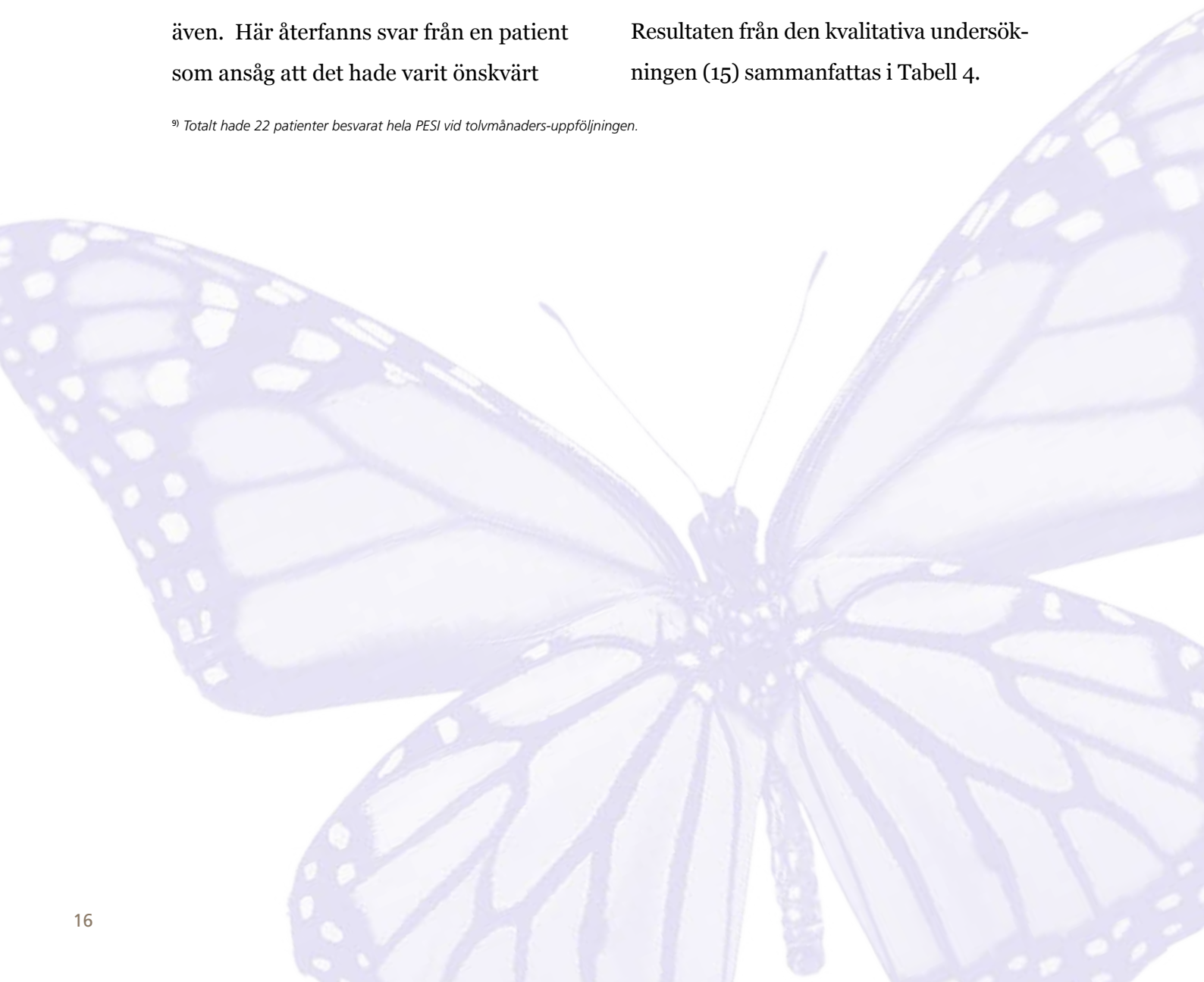
Hur upplever patienterna Självvald inläggning efter tolv månader? Finns det aspekter av Självvald inläggning som patienten upplever har varit till hjälp/inte har varit till hjälp?

För att undersöka dessa frågor sammanställdes svar från 15 patienter som besvarat följande fråga i PESI vid tolv månaders-uppföljningen ⁹⁾: "Har Självvald inläggning varit till hjälp för dig?" Flertalet svarade att Självvald inläggning varit till hjälp på så sätt att de upplevt en trygghet att ha kontraktet oavsett om de använt sig av det eller inte. Svaren på frågan "Är det något med Självvald inläggning du önskat vore annorlunda?" sammanställdes även. Här återfanns svar från en patient som ansåg att det hade varit önskvärt

med färre ställda frågor från personal då hen ankommit till avdelningen. Av de 22 patienter som besvarat hela PESI vid tolv månaders-uppföljningen svarade sju stycken att de använt sig av Självvald inläggning vilket motsvarar cirka en tredjedel av deltagarna, och är överensstämmande med den andel (se föregående sida) som rapporterats i vårddata från TakeCare.

Resultaten från den kvalitativa undersökningen (15) sammanfattas i Tabell 4.

⁹⁾ Totalt hade 22 patienter besvarat hela PESI vid tolv månaders-uppföljningen.



TABELL 4. UPPLEVELSER AV INLÄGGNING. TEMAN MED UNDER- OCH HUVUDKATEGORIER FÖR DE OLIKA VÅRDFORMERNA.

Tema Positiv upplevelse av vården	Positiv upplevelse av Självvald inläggning	
	Huvudkategori	Underkategori
	Enklare process i sig	Snabbare
		Slippa argumentera
	Ha kontraktet i sig	Lättnad
		Tilltro från vården
		Trygghet
	Positiv erfarenhet av avdelningsvistelse	Igenkänning
		Konkret stöd/rutiner
	Självbestämmande	Självhåvdelse
		Tidpunkt för in- och utskrivning
		Val angående medicinering
	Positiv upplevelse av traditionell vård och Självvald inläggning	
	Ingen skillnad	Kontakt med personalen
		Syn på medicinering
		Syn på psykiatri
		Vardagshantering
Tema Negativ upplevelse av vården	Negativ upplevelse av Självvald inläggning	
	Formen	Inte få träffa personal
		Krav på deltagande
	Negativ upplevelse av traditionell inläggning	
	Maktlös	Akut behov
		Vården som kränkande
Tema Ambivalent upplevelse av vården	Ambivalent upplevelse av Självvald inläggning	
	Egen roll i vården	Eget bemötande av personal
		Eget initiativ till inläggning
		Förebyggande av sjukdom
		Överutnyttjande
	Skeende i sjukdomen	Sjukdomsinsikt

Temat Positiv upplevelse av vården handlade bland annat om att tidigare destruktiva och farliga sätt att hantera sjukdomssymptom och ångest hade ersatts av att vända sig till avdelningen då processen att bli inlagd blivit enklare genom Självvald inläggning. Att ha kontraktet upplevdes som positivt och

vetskapen om möjligheten att lägga in sig gav en känsla av lättnad och trygghet. Även att visas tilltro från vården var en viktig positiv upplevelse och flera patienter uttryckte en känsla av att vara värda något mer än de känt inom traditionell vård. Självbestämmandet över inläggning och medicinering upplevdes vidare som

något mycket positivt och patienterna ansåg att de hade mer att "säga till om" vid Självvald inläggning jämfört med traditionell inläggning. De negativa upplevelser av Självvald inläggning som rapporterades var frånvaron av en kontaktperson på avdelningen

och att förväntas delta i avdelningsaktiviteter. Som förbättringstips för Självvald inläggning nämndes att få träffa läkare. Att införa Självvald inläggning på flera avdelningar för att öka tryggheten av att alltid vara säker på att få plats framfördes också.



Förändras personalens attityd till patienternas inflytande och delaktighet över tid?

Enkätundersökningen för att undersöka personalens attityder till patienternas inflytande och delaktighet besvarades vid NSP av 17 individer vid baslinjen och 16 individer vid tolv månaders-uppföljningen. Från PSS var motsvarande deltagarantal 37, respektive 32 personal. Verksamheterna analyserades i två separata urval. I analyserna ingick de tre

subskalorna "Consumer capacity", "Consumer as staff" och "Consumer involvement", samt frågor som inte ingick i någon av subskalorna. Resultaten visade inga signifikanta skillnader mellan personalen som besvarat baslinjemätningen och personalen som besvarat uppföljningsmätningen vid någon av klinikerna.

Diskussion

Resultaten är samstämmiga med resultaten i Norge både vad gäller färre vård dagar och patienternas positiva upplevelse av Självvald inläggning (8,9). Antalet vårddagar nio månader efter kontrakt för Självvald inläggning var signifikant lägre än antalet vårddagar nio månader före kontrakt. När klinikerna analyserades var för sig så visade det sig att skillnaden endast gällde NSP och att det för PSS inte fanns någon skillnad. Patienterna från PSS hade låg vårdkonsumtion nio månader innan kontraktet vilket innebär att det inte varit patienter med hög vårdkonsumtion året innan som erbjudits kontrakt. Detta kan bero att avdelningen hade patienter med varierande diagnoser och att andelen med psykosdiagnos som var möjliga att tillfråga varit begränsat. För förstagångsinsjuknade var det en signifikant minskning i antalet vårddagar samt i antalet vårddagar i tvångsvård. Det är svårt att uttala sig om detta är relaterat till möjligheten till Självvald inläggning då färre vårddagar över tid (både frivilligt och tvångsvård) också är en del av naturlöslöppet för denna grupp.

Vad gäller livskvalitet mätt med SLS och EQ-5D fanns inga skillnader mellan baslinjemätningen och mätningen efter ett år. Klinikerna analyserades tillsammans

på grund av att antalet svar annars skulle ha blivit för litet för att få statistisk styrka. Det fanns dock en fråga som visade en tendens till en statistisk säkerhetsställd skillnad, nämligen ”Hur pass nöjd är du med ditt nuvarande liv?” Det är svårt att veta i vilken mån Självvald inläggning i sig kan tänkas påverka upplevelsen av livskvalitet och det är svårt att kontrollera om andra aspekter påverkar resultatet. När fler patienter har följts upp kommer det vara lättare att uttala sig om i vilken mån Självvald inläggning påverkar upplevelsen av livskvalitet.

De förväntningar som patienterna hade på Självvald inläggning när de skrev kontrakt var t.ex. ökad delaktighet, ökat stöd, trygghet att snabbt erhålla vård vid behov och en lugn och avslappnande miljö med personal att samtala med. Vid uppföljningen var det 15 av 22 patienter som besvarade denna fråga. De upplevde att Självvald inläggning varit till hjälp och inneburit trygghet trots att bara en tredjedel av dem använt sig av kontraktet. Detta indikerar att kontraktet i sig har en positiv effekt även om man aldrig har utnyttjat möjligheten till självvald inläggning. En patient upplevde att det ställdes för många frågor av personal i samband

med Självvald inläggning. I modellen ingår att inte ifrågasätta patientens beslut till Självvald inläggning. De många frågorna kan ha upplevts som krävande.

I den kvalitativa studien framkom många positiva synpunkter kopplade till Självvald inläggning. Kontraktet upplevdes som en lättnad med ökad trygghet och ökat självbestämmande. Det förenklade sättet att få vård gjorde att man vände sig till avdelningen när man mådde dåligt och man upplevde även att det egna värdet ökade.

Konklusion

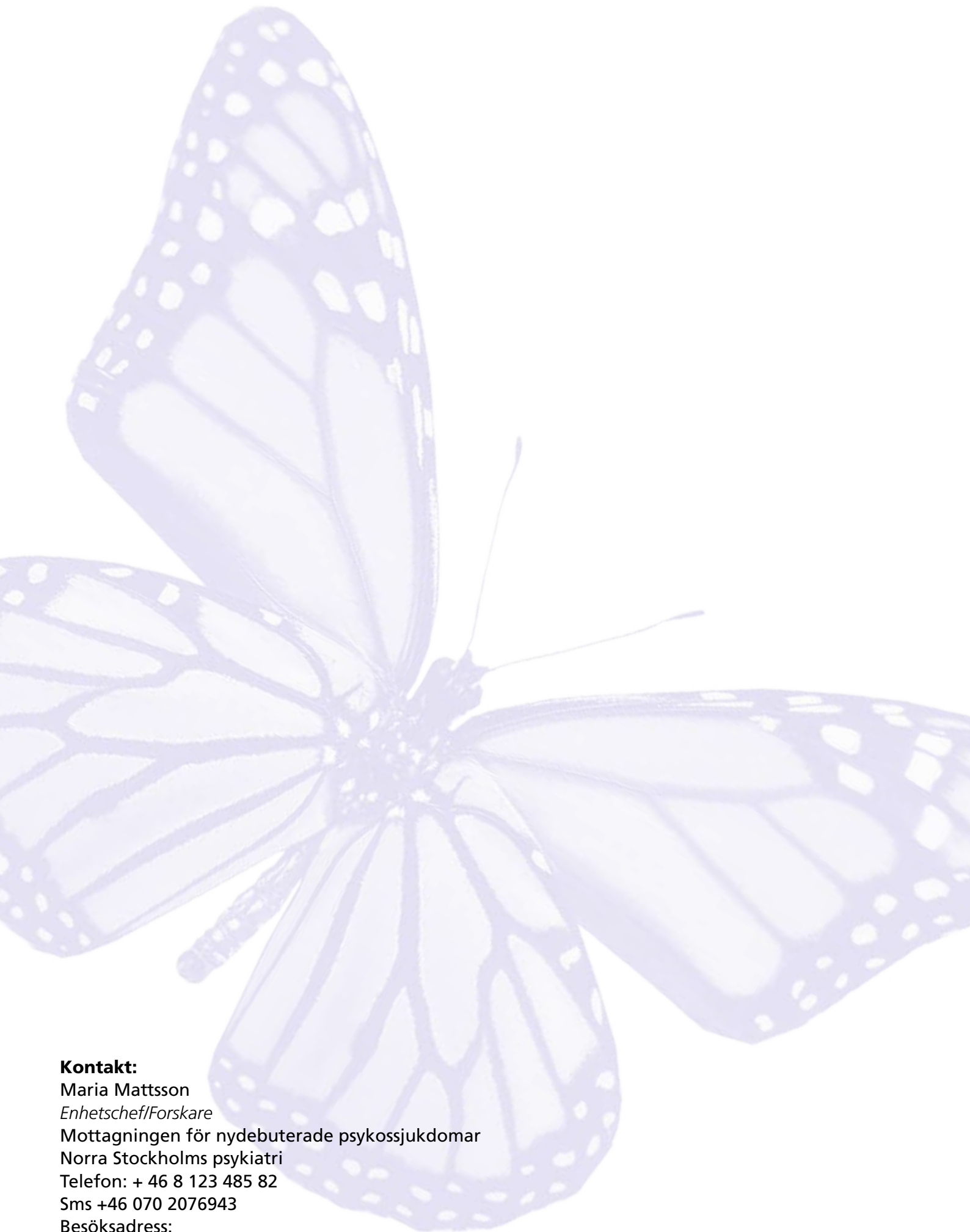
Det är möjligt att införa Självvald inläggning i den sedvanliga heldygnsvården för psykossjukdom. Resultaten är än så länge osäkra av skäl som anges ovan, men kan tolkas försiktigt positivt. Patienterna

Attitydmätningen hos personalen visade inga skillnader mellan baslinjemätningen och tolv-månadsmätningen. Det är svårt att uttala sig om orsaken till detta. Det kan bero på att attityderna inte har förändrats men det kan också bero på att det är olika individer som besvarat enkäterna. Det kan också bero på att instrumentet är framtaget i Australien och blivit översatt från engelska till svenska vilket skulle kunna påverka resultatens giltighet och tillförlitlighet.

upplever ökat inflytande i samband med Självvald inläggning och möjligheten till Självvald inläggning upplevs som en trygghet även om man aldrig använt sitt kontrakt.

Referenser

1. Docteur E, Coulter A. Patientcentrerad i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013.
2. Patientlagen. SFS 821. Sect. 6; 2014.
3. Hamman J Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling K. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? American Journal of Psychiatry. 2005;162(12):2382-4. Epub 2005/12/07.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliktillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning. 2011.
5. Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y. Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. Nordic Journal of Psychiatry. 2015;69(8):574–86.
6. Helleman M, Goossens, PJ, Kaasenbrood, A, van Achterberg, T. Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. International Journal of Mental Health Nursing 2014. Epub 2014/06/04.
7. Koekkoek B, Van der Snoek R, Oosterwijk K, van Meijel B. Preventive psychiatric admission for patients with borderline personality disorder: a pilot study. . Perspectives in psychiatric care. 2010 2010/04/10;46(2):127-34.
8. Heskestad S, Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2008;128(1):32-5.
9. Sollied L, Måsö Helland B. Brukerstyrte innleggelser – makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv. Rapport fra kvalitetsutviklingsprosjektet. 2010.
10. Hochwälder J, Mattsson M, Holmqvist R, Cullberg J, Rosenbaum, B. Psychometric evaluation of the Danish and Swedish Satisfaction with Life Scale in first episode psychosis patients. Quality of Life Research 2013;22(3):537-46.
11. The EuroQolGroup. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990;16(3).
12. Brooks R. EuroQol: the current state of play. Health Policy. 1996;37(1).
13. Happell B, Pinikahana J, Roper C. Attitudes of postgraduate nursing students towards consumer participation in mental health services and the role of the consumer academic. International Journal of Mental Health Nursing. 2002;11:240-50.
14. Happell B, Moxham L, Platania-Phung C. Psychometric analysis of the mental health consumer participation questionnaire. International Journal of Mental Health Nursing. 2010;19(6):377-84.
15. Holmqvist C. Psykopatienters subjektiva upplevelse av självvald inläggning: Stockholms Universitet; 2016.



Kontakt:

Maria Mattsson

Enhetschef/Forskare

Mottagningen för nydebuterade psykossjukdomar

Norra Stockholms psykiatri

Telefon: + 46 8 123 485 82

Sms +46 070 2076943

Besöksadress:

Hantverkargatan 2c, -1 tr

Postadress: Box 22255, 104 22 Stockholm

norrastockholmspsykiatri.se

Centrum för psykiatrforskning

