



Slutrapport

Självvald inläggning vid psykossjukdomar –
En sammanställning av perioden 2014-2019

Alexander Rozental
Maria Smitmanis Lyle
Maria Skott
Natalie Durbeej
Nitya Jayaram-Lindström
Tobias Lundgren
Sigrid Salomonsson

Kontakt: Alexander Rozental
Ansvarig forskare
Centrum för psykiatrforskning
Norra stationsgatan 69
113 64 Stockholm
alexander.rozentel@ki.se
www.psykiatrforskning.se

Omslagsbild: <https://www.flickr.com/photos/jetjohn/>
All Creative Commons (CC BY 2.0)

Slutrapporten publicerades 4 februari 2021

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning.....	4
2.	Inledning	5
2.1	Tidigare rapport	5
2.2	Aktuell rapport	6
3.	Bakgrund	7
3.1	Grindvaktsprincipen	7
3.2	Självvald inläggning	7
3.3	Självvald inläggning för psykosjukdomar	9
4.	Metod	10
4.1	Procedur	10
5.1	Vårdkonsumtion.....	11
5.2	Övriga mätinstrument.....	11
5.3	Statistisk analys.....	12
6.	Resultat	14
6.1	Patienter	14
6.2	Vårdkonsumtion.....	15
6.3	Övriga mätinstrument.....	15
7.	Diskussion	17
7.1	Övergripande slutsatser	17
7.2	Begränsningar	18
7.3	Framtida forskning.....	19
8.	Referenser	21

1. Sammanfattning

Aktuell rapport presenterar en slutgiltig sammanställning av initiativet att ge patienter med psykosjukdomar möjligheten att lägga in sig själva i heldygnsvården vid behov. I detta ingår en sammanfattande utvärdering av dess effekter på vårdkonsumtion, självskattningar av livskvalitet och klinikerskattningar av mående, mätt utifrån en inomgruppsdesign och i jämförelsen mellan perioden ett år före och efter självvald inläggning. För de totalt 111 patienter på sex heldygnsvårdsavdelningar som ingick förelåg en statistisk signifikant minskning av vårddygn i frivillig vård respektive vårdtillfällen och vårddygn under tvångsvård, samtidigt som antalet vårdtillfällen i frivillig vård ökade, även om denna förändring inte var säkerställd. Det kan tolkas som att vårdmodellen fyller sitt syfte om att ge patienter förutsättningar att bestämma över sin egen vård genom att kunna lägga in sig oftare men under kortare perioder, medan tvångsvården minskade i frekvens och omfattning. Emellertid visade resultaten för övriga mätinstrument inte på några statistiskt signifikanta förändringar. Beträffande vårdkonsumtion indikerar resultaten därmed att självvald inläggning skulle kunna ha viss positiv inverkan, men att det fordras ytterligare forskning för att kunna fastställa om det är vårdmodellen i sig som ger upphov till dessa effekter och om det finns andra utfall som bör uppmärksammas.

2. Inledning

2.1 Tidigare rapport

Under 2014 initierades en ny satsning inom psykiatrin i Stockholms Läns Sjukvårdsområde – självvald inläggning. Det övergripande syftet var ett pröva en ny vårdmodell där patienter med psykossjukdomar gavs möjlighet att ta full kontroll över beslutet att lägga in sig själva, snarare än att förlita sig på ett beslut som fattas av vårdpersonal. Vårdmodellen har sitt ursprung i ett norskt initiativ som har funnits tillgängligt i över ett decennium för samma patientgrupp och som har uppvisat lovande resultat (se exempelvis Opheim Moljord et al., 2017). Den bakomliggande idén är att förändra befintliga maktstrukturer inom heldygnsvården och ge patienter större självbestämmande, något som i förlängningen antas bidra till utfall som ökad förutsägbarhet, autonomi och livskvalitet för patienten.

I en tidigare rapport av Mattsson och Durbeej (2017) utvärderades resultatet av vårdmodellen för de två första åren sedan införandet, då på totalt 49 patienter, fem heldygnsvårdsavdelningar och en uppföljningsperiod om nio månader. I rapporten ingick såväl en kvantitativ som kvalitativ del. I den kvantitativa delen studerades effekterna av självvald inläggning gällande vårdkonsumtion i heldygnsvård för både frivillig vård och tvångsvård, men även patienters livskvalitet och förväntningar mätt med självskattningar. Resultaten visade på statistiskt signifikanta minskningar av vårdkonsumtion (frivillig vård och tvångsvård), men däremot var underlaget för att studera livskvalitet för litet för att fastställa några tillförlitliga förändringar. Beträffande förväntningar inför vårdmodellens införande framkom bland annat att patienterna hoppades att vårdmodellen skulle fungera som ett alternativ till medicinering och förbättra sjukdomsförloppet. Detta följdes sedan upp av liknande frågor ett år senare, vilka indikerade att patienterna upplevde en trygghet i att ha tillgång till självvald inläggning – även om de inte hade behövt utnyttja denna möjlighet.

I den kvalitativa delen ingick dessutom intervjuer med patienter som sedan analyserades utifrån gemensamma teman i svaren (se även Holmqvist, 2016). Här framkom det att patienterna överlag hade positiva upplevelser av vårdmodellen och uppfattade att den hade bidragit till sådana aspekter som ökat självbestämmande och enklare procedur vid inläggning. Samtidigt framkom det att patienterna även ville ha tillgång till en kontaktperson på avdelningen, att de uppfattade att det fanns för stora förväntningar på dem att delta i avdelningsaktiviteter och att de saknade möjligheten att få träffa en läkare under tiden de var inlagda. Vidare innehöll rapporten även resultat från en enkät som hade distribuerats bland vårdpersonalen om deras attityder till patientinflytande och delaktighet, emellertid utan att kunna påvisa någon säkerställd förändring.

2.2 Aktuell rapport

Sedan föregående rapport har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm beslutat att självvald inläggning ska övergå från ett initiativ enbart för patienter med psykosjukdomar till en vårdmodell som ska tillgängliggöras för samtliga patienter med svårare psykiatriska tillstånd (nedan benämnd som den generiska modellen). Det innebär vissa förändringar i inklusionen av patienter och procedurerna runt vårdmodellen. Avsikten med aktuell rapport är därför att sammanfatta resultaten från det ursprungliga initiativet i form av en slutrapport inför införandet av den generiska modellen. I aktuell rapport presenteras således en kvantitativ sammanställning av vårdkonsumtion (frivillig vård och tvångsvård), livskvalitet och klinikerskattningar för totalt 111 patienter från sex heldygnsvårdsavdelningar. Uppföljningsperioden är 12 månader, alltså att patienter som har haft tillgång till självvald inläggning i ett år jämförs beträffande ovan nämnda variabler mot ett år före att de fick tillgång till vårdmodellen (en så kallad inomgruppsdesign där patienterna är sina egna kontroller). Effekter presenteras deskriptivt och med inferentiell statistik, varefter resultaten diskuteras i relation till tidigare forskning genomförd i Sverige och utomlands.

3. Bakgrund

3.1 Grindvaktprincipen

För patienter med svårare psykiatriska tillstånd, exempelvis psykossjukdomar, föreligger ett stort och vanligen livslångt vårdbehov (Insel, 2010). Vid händelse av förvärrade symptom eller begynnande psykotiska skov är dessa patienter även i behov av inläggning inom heldygnsvården. Historiskt sett har besluten om denna möjlighet i stor utsträckning fastställts av vårdpersonal, vilket betyder att kontrollen om en eventuell inläggning framför allt avgörs av en tredje part – inte patienten själv. Under senare tid har ett större fokus på patientens självbestämmande däremot blivit allt vanligare inom hälso- och sjukvården. Den tidigare så kallade grindvaktprincipen har börjat ifrågasättas och föranlett en diskussion om en mer patientcentrerad vård (Syttema, Burgess, & Tansell, 2002). För en patient med en psykossjukdom skulle detta i praktiken kunna innebära förutsättningar att lägga in sig själv vid behov, så kallad självvald inläggning, något som kan tänkas göra dess vård och vardag mer förutsägbar. Det kan i sin tur kunna ge upphov till positiva effekter i termer av ökad autonomi och livskvalitet.

3.2 Självvald inläggning

Tanken på att patienter med svårare psykiatriska tillstånd ska kunna lägga in sig själva är inte ny, utan har förekommit i mindre skala på olika platser, däribland Förenta Staterna och Australien (Nehls, 1994; Little & Stephens, 1999). Det är dock först på senare tid som mer systematiska upplägg och utvärderingar har börjat göras, framför allt i Nederländerna, Norge och Danmark (Koekkoek et al., 2010; Opheim Moljord et al., 2016; Thomsen et al., 2018). Vanligen innefattar vårdmodellen att patienten väljs ut av vårdpersonal utifrån ett identifierat stort vårdbehov, varefter den får skriva ett kontrakt om villkoren för att kunna lägga in sig själv. Omfattning per inläggning varierar, men utgör oftast 3-5 vårddygn per vårdtillfälle – ibland med restriktioner vad gäller det totala antalet inläggningar per månad. Patienter med ett kontrakt kan sedan ringa upp sin heldygnsvårdsavdelning när som helst och be om att få tillgång till en sängplats som är vigd specifikt för ändamålet. I händelse av att den är upptagen blir patienten placerad på en väntelista, men vid akuta situationer kan en tvångsinläggning alltid genomföras. Det sker med andra ord ingen bedömning av vårdpersonal om inläggningen är befogad eller inte, utan detta styrs helt och hållet av patientens eget behov.

Hittills har utvärderingar visat på blandade resultat gällande vårdkonsumtion. I en serie studier utförda i Norge delades 53 patienter med psykossjukdomar slumpmässigt in i att antingen få självvald inläggning eller sedvanlig vård. Totalt 58 % av patienterna i den

förstnämnda gruppen utnyttjade möjligheten till att lägga in sig själva, varav 10,8 % av vårddygnet sedermera övergick till att bli självvalda (Opheim Moljord et al., 2016; Opheim Moljord et al., 2017). Vid en uppföljning ett år senare använde 77 % av patienterna med självvald inläggning vårdmodellen, samtidigt som deras vårddygn vad gäller frivillig vård hade minskat. Eftersom det inte fanns en statistiskt signifikant skillnad mot gruppen som fick sedvanlig vård går det emellertid inte att fastslå att det var vårdmodellen i sig som resulterade i denna effekt. Dessutom visade självskattningar av egenvård och återhämtning inte några betydande skillnader. Liknande resultat har framkommit i en storskalig dansk studie av 422 patienter med företrädesvis psykosjukdomar (Thomsen et al., 2018). I detta fall jämfördes vårdmodellen mot en matchad kontrollgrupp. Beträffande de patienter som kunde lägga in sig själva ökade antalet frivilliga inläggningar, samtidigt som det minskade för kontrollgruppen. Vidare förelåg en reduktion av tvångsåtgärder, emellertid för båda grupper.

I Sverige har självvald inläggning prövats som separata forskningsprojekt i olika format, för olika grupper av patienter och i olika delar av landet. Region Skåne har undersökt vårdmodellen i relation till patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom (Westling et al., 2019). Totalt 125 patienter ingick i studien som blev slumpmässigt indelade i att få självvald inläggning eller sedvanlig vård. För de som fick vårdmodellen byttes 20 % av vårddygnet ut till självvalda, med en minskning av tvångsvård som följd. Samtidigt förelåg ingen statistisk signifikant skillnad jämfört med patienter som fick sedvanlig vård, vilket inte heller gällde för självskadebeteende, antalet tvångsåtgärder eller akutbesök. Beträffande självskattningar uppvisades däremot en ökning av livskvalitet. I en annan studie av Strand et al. (2020) som genomfördes på 29 patienter med anorexia nervosa i Stockholms Läns Sjukvårdsområde, jämfördes effekterna mot en matchad kontrollgrupp. För de som fick vårdmodellen minskade antalet vårddygn i frivillig vård med 51,1 %, dock var skillnaden inte säkerställd mot patienter utan självvald inläggning. Dessutom visade studien inte några betydande förändringar för symptom eller Body Mass Index. Ytterligare ett forskningsprojekt pågår för närvarande inom regionen för patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom, där en intervjustudie har visat på positiva erfarenheter av självvald inläggning bland patienterna (Eckerström et al., 2020). Överlag pekar kvalitativ forskning att vårdmodellen upplevs som ett skyddsnät och att det ökar deras tilltro till sin egen förmåga att hantera både symptom och vardag (Olsø et al., 2016). Det skulle kunna tyda på att det finns ett värde med självvald inläggning, även om det inte alltid ger så tydliga effekter på vårdkonsumtion. Vidare finns det ett flertal intervjustudier på vårdpersonal som indikerar en växande entusiasm inför vårdmodellen (Eckerström et al., 2019; Lindkvist et al., 2019).

3.3 Självvald inläggning för psykosjukdomar

I Norge inleddes försök med självvald inläggning för patienter med psykosjukdomar för mer än ett decennium sedan (se exempelvis Ophem Moljord et al., 2017). Inspirerat av deras positiva erfarenheter beslöt Stockholms Läns Sjukvårdsområde att påbörja och utvärdera ett liknande initiativ med vårdmodellen i svenska förhållanden under 2014. Ansvar för detta togs sedermera över av Centrum för psykiatrforskning, vilket är ett kunskapscentrum för psykiatriska sjukdomstillstånd med uppdrag att tillhandahålla forskning, utbildning, utveckling och implementering av evidensbaserade metoder inom psykiatin. Centrum för psykiatrforskning är en del av såväl Region Stockholm som Karolinska institutet.

I ett led att förvalta och driva initiativet vidare upprättades en styrgrupp med representanter från Stockholms Läns Sjukvårdsområde, bestående av projektledare, ledningspersoner från alla deltagande verksamheter och forskare. Det skapades samtidigt en projektgrupp med uppgift att följa och utvärdera det praktiska arbetet med vårdmodellen, i vilken det ingick projektledare, delprojektledare från alla heldygnsvårdsavdelningar involverade i projektet, kontaktpersoner från öppenvårdsmottagningarna, lokala ledningspersoner, brukarinflytandesamordnare och forskare. Även en referensgrupp med brukar- och anhörigrepresentanter och en analysgrupp tillsattes.

Under perioden 2014-2019 har självvald inläggning erbjudits patienter med psykosjukdomar i Stockholms Läns Sjukvårdsområde. En tidigare rapport har presenterat resultaten från de två första åren och totalt fem heldygnsvårdsavdelningar (Mattsson & Durbeej, 2017). Sedan dess har ytterligare patienter och heldygnsvårdsavdelningar tillkommit, samtidigt som vårdmodellen övergick till den generiska modellen under hösten 2019 genom ett politiskt beslut. Syftet med aktuell rapport är således att ge en slutgiltig sammanställning för det tidigare initiativet för patienter med psykosjukdomar. Det övergripande målet är att besvara följande frågeställningar:

1. För patienter med psykosjukdomar i Stockholms Läns Sjukvårdsområde, vilka har valts ut av vårdpersonal utifrån ett identifierat stort vårdbehov, vilka effekter genererar självvald inläggning avseende vårdkonsumtion, avseende en förändring ett år före respektive efter tillgång till vårdmodellen?
2. Hur påverkar självvald inläggning självskattad livskvalitet?
3. Hur påverkar självvald inläggning klinikerskattningar av patientens mående?

4. Metod

4.1 Procedur

Urvalet av patienter som fick tillgång till vårdmodellen genomfördes i samråd mellan en öppenvårdsmottagning och den heldygnsvårdsavdelning som den samarbetade med. För de som bedömdes lämpliga (se inklusionskriterierna nedan) upprättades ett kontrakt för självvald inläggning vid ett besök på deras öppenvårdsmottagning. Detta gav dem möjlighet lägga in sig själva i heldygnsvården vid behov, dock som högst i fem dygn per inläggning. Kontraktet gällde ett år åt gången och utvärderades därefter för en eventuell förlängning. För respektive heldygnsvårdsavdelning som var ansluten till initiativet avsattes en sängplats enbart för patienter med kontrakt för självvald inläggning. Patienter med kontrakt kunde sedan kontakta den heldygnsvårdsavdelning för vilket kontraktet gällde när så behövdes. Vårdpersonal som tog emot samtalet kontrollerade då att patienten hade kontrakt, varefter patienten välkomnades direkt till heldygnsvårdsavdelningen om sängplatsen var ledig. I händelse av att den var upptagen hade patienten möjlighet att ställa sig på väntelista och bli kontaktad när platsen blev tillgänglig.

Inskrivning gjordes av en sjuksköterska med delegering, vilket dokumenterades i en projektspecifik mall i regionens journalföringssystem TakeCare. Fanns det ingen sjuksköterska med delegering i tjänst gjorde istället en läkare inskrivningen enligt samma mall. Skillnaden mot en sedvanlig inskrivning i frivillig vård var att patientens bedömning av behovet av vård inte ifrågasattes av vårdpersonal. Riskbedömning och bedömning av allmäntillstånd gjordes emellertid alltid vid inläggning och utskrivning, i enlighet med ordinarie rutiner. Under vårdtiden i vårdmodellen gällde heldygnsvårdsavdelningens överenskomna ordningsregler och rutiner. Patienten kunde dock själv bestämma om den ville delta i aktiviteter eller ha läkarkontakt – förutsatt att det inte framkom någon risksituation som krävde läkarbedömning. Patienten kunde på egen hand välja hur många dygn den önskade vara inlagd inom det tillåtna tidsspannet. I övrigt förelåg ingen så kallad karenstid, det vill säga en vänteperiod mellan inläggningarna. Inte heller förekom någon gräns för hur många gånger en patient kunde använda sig av självvald inläggning. Skulle vårdbehovet emellertid kvarstå efter de fem dyggen så gjordes en bedömning av läkare om patienten skulle skrivas in på ordinarie frivillig vård eller om det fanns behov av tvångsvård.

5. Patienter

Datauttaget gäller för perioden hösten 2014 till 21 oktober 2019. I detta ingick sex avdelningar inom heldygnsvården (NSP Avdelning 4, 5 och 6, PNV Avdelning 141, PSS Avdelning Södermalm och PSS Avdelning Ytterö), samt lika många öppenvårdsavdelningar. Totalt har dessa 93 sängplatser,

varav sex stycken var vikta åt patienter som fick tillgång till självvald inläggning. Utgångspunkten för vilka patienter som skulle ges vårdmodellen var de med störst behov såsom definierat av vårdpersonalen. Emellertid behövde även följande inklusionskriterier uppfyllas:

1. Att ha haft åtminstone en inläggning inom heldygnsvården.
2. Att ha haft en historik av stort vårdbehov eller ha erfarit en första psykosepisod.
3. Att ha en uppdaterad vårdplan där det även återfinns strategier om hur patienten ska hantera ett potentiellt substansmissbruk.
4. Att vara införstådd med och motiverad till att använda självvald inläggning och villig att vara delaktig i sin egen vård.
5. Att ha en fungerande arbetsrelation med vårdpersonalen på såväl sin heldygnsvårdsavdelning som öppenvårdsavdelning.

För att en patient skulle kunna ingå i utvärderingen i aktuell rapport krävdes det även att följande kriterier uppfylldes:

1. Att ha fått tillgång till vårdmodellen senast 21 oktober 2018 (med anledning av att kunna ha data i ett år fram till dess att den generiska modellen infördes 21 oktober 2019).
2. Att ha haft tillgång till vårdmodellen i minst 12 månader.
3. Att det förekom data på vårdkonsumtion för en period om minst 12 månader före tillgången till självvald inläggning.

5.1 Vårdkonsumtion

Patienternas vårdkonsumtion samlades in genom regionens journalföringssystem TakeCare med avseende på vårdtillfällen respektive vårddygn. Dessa variabler delas i sin tur in i vård som ges inom ramen för Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), det vill säga frivillig vård, respektive inom ramen för Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), det vill säga tvångsvård. I båda fallen registrerades vårdkonsumtion av vårdpersonal direkt i TakeCare, varefter ett datauttag utfördes för perioden fram till 21 oktober 2019 (se kriterierna ovan).

5.2 Övriga mätinstrument

I samband med att patienten fick tillgång till självvald inläggning genomförde patienten en självskattning av sin livskvalitet med hjälp av mätinstrumentet EQ5D-3L. Detta formulär har fem påståenden som rör dess aktuella hälsostatus; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Samtliga påståenden skattas på en skala om tre steg, exempelvis "Jag går utan svårigheter, Jag kan gå men med viss svårighet, Jag är sängliggande" (påstående 1). EQ5D-3L är ett

välansvänt mätinstrument inom hälso- och sjukvården för att undersöka patienters hälsorelaterade livskvalitet (Burström, Sun, & Gerdtham, 2014). Det består även av en separat del där patienten får uppskatta sitt eget hälsotillstånd på en linje, en så kallad Visuell Analog Skala (VAS), vilken sträcker sig från noll ("Sämsta tänkbara tillstånd") till 100 ("Bästa tänkbara tillstånd").

Vid samma tillfälle utförde även vårdpersonal en egen bedömning av patientens mående med hjälp av mätinstrumentet Clinical Global Impressions Scale (CGI). Denna klinikerskattning har en skala om sju steg, från noll ("Ej bedömt") till sju ("Bland de mest extremt sjuka patienterna"), det vill säga att högre poäng motsvarar ett sämre mående. En liknande bedömning görs sedan vid ett senare tillfälle gällande patientens förändring i mående, där noll motsvarar "Ej bedömt" och sju "Väldigt försämrad", det vill säga att högre poäng motsvarar en försämring i mående. CGI är ett för hälso- och sjukvården vanligt sätt att bedöma patientens mående före och efter någon form av intervention (Busner & Targum, 2007).

Såväl EQ5D-3L och VAS som CGI genomfördes vid en inplanerad ettårsuppföljning med de patienter som hade tillgång till självvald inläggning. Detta möjliggör en undersökning av förändringar över en tidsperiod om 12 månader. Då inte alla uppföljningsbesök sker efter exakt ett år användes ett tillåtet intervall om högst 30 dagar, det vill säga att data för utvärderingen inte fick ligga mer än en månad före eller efter det förväntade uppföljningsbesöket. Även i detta fall registrerade vårdpersonal resultaten i TakeCare, varefter ett datauttag utfördes för perioden fram till 21 oktober 2019 (se kriterierna ovan).

5.3 Statistisk analys

Data analyserades inledningsvis med Shapiro-Wilk test för att utröna huruvida den var normalfördelad eller inte, något som kan påverka valet av statistisk metod. Samtliga variabler för vårdkonsumtion visade sig vara icke normalfördelade, med en positiv skevhet i fördelningen (majoriteten av värden var nära noll, med ett fåtal extremvärden vad gäller hög vårdkonsumtion). För övriga mätinstrument framkom däremot en negativ skevhet i fördelningen (majoriteten av värden var höga, med ett fåtal extremvärden beträffande låga skattningar). Eftersom data inte var normalfördelad användes således en icke-parametrisk metod, Wilcoxon signed-rank test för att genomföra efterföljande statistiska analyser.

Data ett år före respektive ett år efter tillgången till självvald inläggning användes som grund för att utvärdera vårdmodellens effekter, en så kallad inomgruppsdesign. Då ingen kontrollgrupp fanns tillgänglig utgör följaktligen patienterna sina egna kontroller före och efter tillgång till

självvald inläggning. Deskriptiv information om vårdkonsumtion och övriga mätinstrument presenteras som medelvärden (M), standardavvikelser (SD) och medianer ($Med.$). I det förstnämnda fallet redovisas även det totala antalet vårdtillfällen respektive vårddygn för samtliga patienter med vårdmodellen (HSL respektive LPT) och den procentuella förändringen över tid. Samtliga analyser genomfördes med programmet jamovi version 0.9.2.9 (jamovi project, 2018), liksom enbart baserat på tillgänglig data, det vill säga utan någon metod för att hantera bortfall.

6. Resultat

6.1 Patienter

I det datauttag som genomfördes för perioden från det att självvald inläggning började användas hösten 2014 till 21 oktober 2019 ingick totalt 182 patienter. Av dessa var det sammanlagt 111 patienter som uppfyllde kriterierna för utvärderingen. I Tabell 1 återges en översikt av deras demografiska uppgifter. Åldern varierade från 21-76 år, något fler var män (58,6 %), en majoritet var ogifta (79,3 %) och hade inga barn (93,7 %). Vanligast förekommande diagnoserna var i fallande ordning: Ospecificerad icke-organisk psykos (F.299), Paranoid schizofreni (F.200) och Schizoaffektivt syndrom, ospecificerat (F.259).

Tabell 1.

Demografisk översikt av patienterna ($n = 111$)

Ålder , $M (SD)$	44,6 (14,1)
Kön	
Man	65 (58,6 %)
Kvinna	46 (41,4 %)
Civilstatus	
Ogift	88 (79,3 %)
Gift	7 (6,3 %)
Frånskild	13 (11,7 %)
Avliden	3 (2,7 %)
Barn	
Ja	7 (6,3 %)
Nej	104 (93,7 %)
Diagnos*	
F.200 Paranoid schizofreni	25 (22,5 %)
F.201 Hebefren schizofreni	1 (0,9 %)
F.203 Odifferentierad schizofreni	4 (3,6 %)
F.209 Schizofreni, ospecificerad	7 (6,3 %)
F.220 Vanföreställningssyndrom	4 (3,6 %)
F.229 Kroniskt vanföreställningssyndrom, ospecificerat	2 (1,8 %)
F.230 Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild	1 (0,9 %)
F.238 Andra specificerade akuta och övergående psykoser	1 (0,9 %)
F.239 Akut och övergående psykos, ospecificerad	1 (0,9 %)
F.250 Schizoaffektivt syndrom, manisk typ	1 (0,9 %)
F.252 Schizoaffektivt syndrom, blandad typ	3 (2,7 %)
F.259 Schizoaffektivt syndrom, ospecificerat	22 (19,8 %)
F.299 Ospecificerad icke-organisk psykos	39 (35,1 %)

* Diagnos baseras på den mest förekommande F.20-diagnosen per patient i TakeCare

6.2 Vårdkonsumtion

Deskriptiv information för vårdkonsumtion före och efter tillgång till självvald inläggning redovisas i Tabell 2. I detta fall är det totala antalet 90 patienter, vilket motsvarar de fall där förelåg data på vårdkonsumtion. Den procentuella förändringen över tid vad gäller det totala antalet vårdtillfällen och vårddygn återfinns separat. Emedan vårdtillfällen (HSL) ökade med nästan en femtedel, minskade vårddygn (HSL) respektive vårdtillfällen och vårddygn (LPT) med mellan en tredjedel och hälften.

Tabell 2.

Deskriptiv information för vårdkonsumtion

	Före					Efter					Förändring (Totalt)
	självvald inläggning					självvald inläggning					
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Med.</i>	<i>Totalt</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Med.</i>	<i>Totalt</i>	
Vårdtillfällen (HSL)	90	2,9	3,2	2,0	263	90	3,5	4,8	2,0	311	+18,3 %
Vårddygn (HSL)*	90	32,4	39,2	18,0	2918	90	21,7	32,4	8,0	1951	-33,1 %
Vårdtillfällen (LPT)*	90	1,0	2,4	0,0	94	90	0,5	1,2	0,0	48	-48,9 %
Vårddygn (LPT)*	90	21,1	35,5	0,0	1902	90	13,0	34,6	0,0	1167	-38,6 %

* Statistiskt signifikant förändring mellan före och efter tillgång till vårdmodellen

De statistiska beräkningarna av patienternas vårdkonsumtion visar att förändringen av vårdtillfällen (HSL) inte var statistiskt signifikant, $W = 1393$, $p = .71$. Dock var förändringen i vårddygn (HSL) säkerställd, $W = 2410$, $p = .01$, likaså för vårdtillfällen (LPT) och vårddygn (LPT), W s 560 och 631, $p < .01$ och $.05$. I genomsnitt minskade antalet vårddygn (HSL) med 10,7, vårdtillfällen (LPT) med 0,5 och vårddygn (LPT) med åtta.

6.3 Övriga mätinstrument

Deskriptiv information för självskattad livskvalitet och klinikerskattningar före och efter tillgång till självvald inläggning presenteras i Tabell 3. I detta fall är det totala antalet 49 patienter för EQ5D-3L och EQ5D-VAS, respektive 27 för CGI, vilket motsvarar de patienter där det fanns tillgänglig data. De statistiska beräkningarna för mätinstrumentet EQ5D-3L visar på en medelvärdesökning på 0,07 poäng, vilket återspeglar en standardiserad effektstorlek om Cohen's $d = 0.22$. Denna förändring var dock inte statistiskt signifikant, $W = 323$, $p = .16$. Vidare indikerar resultatet att mätinstrumentet EQ5D-VAS ökade om 3,3 poäng, $d = 0.12$. Denna förändring var inte säkerställd, $W = 429$, $p = .44$. Beträffande klinikerskattningen CGI utgör de två mättillfällena två separata bedömningar av patientens mående och motsvarar inte en inbördes

förändring, varför detta mätinstrument enbart presenteras deskriptivt. I dessa fall utgör förmätningvärdet (M) 4,33 (4 = måttligt sjuk) och eftermätningvärdet 4,11 (4 = oförändrad).

Tabell 3.

Deskriptiv information för övriga mätinstrument

	Före				Efter			
	självvald inläggning				självvald inläggning			
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Med.</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Med.</i>
EQ5D-3L	49	0,62	0,34	0,73	49	0,69	0,30	0,76
EQ5D-VAS	49	58,7	22,5	62,0	49	62,0	22,5	63,0
CGI	27	4,33	1,04	4,00	27	4,11	1,09	4,00

7. Diskussion

7.1 Övergripande slutsatser

Aktuell rapport har sammanställt resultaten från initiativet att erbjuda patienter med psykosjukdomar självvald inläggning i Stockholms Läns Sjukvårdsområde. Detta omfattar perioden 2014-2019 och består av totalt 111 patienter på sex heldygnsvårdsavdelningar som uppfyller kriterierna för utvärderingen. Resultaten visar på en ökning av antalet vårdtillfällen i frivillig vård, emellertid inte säkerställd, liksom en statistiskt signifikant minskning av vårddygn i frivillig vård respektive vårdtillfällen och vårddygn under tvångsvård. Med andra ord tycks patienter som får tillgång till vårdmodellen lägga in sig själva oftare, samtidigt som vårdkonsumtionen beträffande vårddygn och inläggningar under tvångsvård minskar. Detta går i linje med en systematisk översikt som har gjorts över införandet av självvald inläggning i Norge (Strand & von Hausswolff-Juhlin, 2015), vilket kan tyda på att vårdmodellen uppfyller sitt syfte om ökat självbestämmande över sin egen vård. Liknande tendenser går även att urskilja i enskilda studier på området (Thomsen et al., 2018; Westling et al., 2019; Strand et al., 2020).

Samtidigt pekar resultaten gällande självskattad livskvalitet på att inga tydliga förändringar äger rum till följd av vårdmodellen. Detta går emot antagandet om att självvald inläggning skulle ge upphov till positiva effekter vad gäller bland annat livskvalitet. Emellertid föreligger inga entydiga effekter beträffande dessa aspekter i forskningen i stort (se exempelvis Westling et al., 2019; Strand et al., 2020), vilket kan innebära att vårdmodellen antingen enbart har en marginell inverkan på dessa självskattningar, alternativt att påverkan snarare sker på annat i patientens liv (Opheim Moljord et al., 2017). Användningen av mätinstrument som EQ5D-3L och EQ5D-VAS fångar företrädesvis somatisk livskvalitet, såsom rörlighet och smärtor/besvär, men inte psykologisk livskvalitet i termer av sådant som fritidsintressen och sociala relationer. Det är med andra ord möjligt att de positiva upplevelser som patienter uppger i den kvalitativa forskningen av vårdmodellen behöver registreras med andra mätinstrument än de som idag tillämpas. Vidare kan det vara viktigt att studera inverkan på patientens autonomi, exempelvis i bemärkelsen den självupplevda tilltron till sin egen förmåga.

När det kommer till klinikerskattningar verkar resultaten peka på att ingen förändring i mående sker till följd av vårdmodellen. Detta bör dock tolkas med försiktighet och kan troligen förstås utifrån det faktum att psykosjukdomar ofta har ett kroniskt förlopp (Insel, 2010). De patienter som fick tillgång till självvald inläggning valdes dessutom ut av vårdpersonal på grundval av ett identifierat stort vårdbehov. Det är därför möjligt att utrymmet för förbättring är litet och att en stabilisering av

måendet snarare kan betraktas som ett positivt utfall. Samtidigt skulle vårdpersonal kunna göra olika bedömningar av samma patient, vilket skapar viss osäkerhet i klinikerskattningarnas tillförlitlighet. Att mängden data dessutom var begränsad bidrar med ännu större osäkerhet, varför slutsatser om detta mätinstrument bör betraktas som tentativa.

7.2 Begränsningar

Aktuell rapport baseras på den data som är inrapporterad i TakeCare, varför resultat och slutsatser är beroende av en korrekt inrapportering i regionens journalföringssystem. Det finns därmed en risk i att vårdkonsumtion och övriga mätinstrument inte registreras som det är tänkt. Att kontrollera för eventuella felregistreringar är däremot en omöjlig uppgift som skulle kräva en systematisk genomgång av varje patient. Inför den utvärdering som har gjorts har därför vissa åtgärder tagits för att säkerställa dess kvalitet, bland annat regelbundna möten där statistiska analyser har genomförts tillsammans med företrädare som har lång erfarenhet av vårdmodellen. Det går dock inte att utesluta att vissa felaktigheter kan förekomma i data och sammanställning.

Aktuell rapport begränsas även av att antalet patienter som ingår i de statistiska analyserna är relativt få sett till det totala antal som har fått självvald inläggning, vilka ursprungligen var 182. Bland de vanligaste orsakerna till bortfall föreligger att de inte uppfyllde kriterierna för utvärderingen, liksom att data saknades i olika utsträckning. Även om 111 patienter är betydligt fler än vad som har ingått i andra studier (se exempelvis Opheim Moljord et al., 2016; Opheim Moljord et al., 2017), är det fortfarande en relativt liten grupp, i synnerhet vad gäller antalet patienter med fullständiga data (27, 49 och 90). Detta påverkar i sin tur förutsättningarna att påvisa säkerställda förändringar, något som kallas för statistisk power. Det är således möjligt att vissa förändringar hade varit statistiskt signifikanta om antalet patienter i utvärderingen varit fler. I relation till detta bör dock själva urvalet av patienter också beaktas. Ett kriterium för att få vårdmodellen var ett identifierat stort vårdbehov, utan en närmare specifikation, vilket skulle kunna skapa osäkerhet bland vårdpersonal gällande vilka som ska inkluderas. I utvärderingen framkom en stor skevhet i distributionen av data vad gäller vårdkonsumtion, vilket betyder att enbart ett fåtal patienter hade väldigt många och långa inläggningar innan de fick vårdmodellen, medan majoriteten inte hade varit inlagda alls under det senaste året. Potentiellt sett finns det därmed problem när det kommer till urvalet av patienter som begränsar hur resultaten kan tolkas. Vidare är det möjligt att denna selektion kring vilka som fick tillgång till självvald inläggning förändrades över tid genom att personalen blev mer van vid att arbeta enligt vårdmodellen och mer säkra på dess funktion och påverkan på patienten.

Till skillnad från inrapporteringen av vårdkonsumtion är registreringen av övriga mätinstrument dessutom mindre tillförlitlig. Det saknas uppgifter om hur denna data samlades in, liksom om vårdpersonal genomförde klinikerskattningar på samma sätt, vilket skulle kunna påverka den så kallad interbedömarreliabilitet. Vidare varierade tiden för den inplanerade ettårsuppföljningen kraftigt, vilket innebar att ett snävare intervall om högst 30 dagar tillämpades. Detta fick emellertid till följd att mängden tillgänglig data blev mindre. Begränsningarna som omgärdar övriga mätinstrument är således flera och tyder på att proceduren kring insamlingen av denna data förmodligen var bristfällig.

En utvärdering av den typ som har gjorts för aktuell rapport bygger samtidigt på en studiedesign som är naturalistisk, det vill säga i så stor utsträckning som möjligt återspeglar den miljö och de procedurer som tillämpas inom hälso- och sjukvården normalt sett. Det finns både fördelar och nackdelar med detta. Tillvägagångssättet antas öka den externa validiteten, alltså möjligheten att i detta fall kunna dra generaliserbara slutsatser om vårdmodellen i sin naturliga kontext – slutsatserna bör vara överförbara till andra sammanhang där självmord inläggning tillämpas. Samtidigt antas det minska den interna validiteten, alltså möjligheten att i detta fall kunna hänvisa effekterna till vårdmodellen i sig. Eftersom urvalet av patienter inte kontrollerades noga och det inte fanns en kontrollgrupp att jämföra resultaten mot (istället tillämpades en inomgruppsdesign) är det svårt att dra slutsatser om att det är självmord inläggning per se som har gett upphov till de påvisade förändringarna. Det skulle kunna vara andra faktorer som påverkar, men vilka inte har kontrollerats för, såsom ökad uppmärksamhet från vårdpersonal.

7.3 Framtida forskning

Utifrån aktuell rapport framkommer det en rad potentiella upplägg för framtida forskning kring självmord inläggning. Först och främst bör det understrykas att de flesta studier på vårdmodellen primärt gäller patienter med psykossjukdomar, även vad gäller längre uppföljningar över tid (Nyttingnes & Ruud, 2020). På senare tid har det dock tillkommit forskning på exempelvis anorexia nervosa (Strand et al., 2020), liksom emotionell instabilt personlighetssyndrom (Westling et al., 2019), båda med lovande resultat. Undersökningar kring att tillämpa självmord inläggning på andra svårare psykiatriska tillstånd bör därför fortsätta för att fastställa dess påverkan även på dessa grupper. Samtidigt har studier på området hittills innefattat en rad separata forskningsprojekt med vissa skillnader i exempelvis inklusion och procedur. Det är därmed oklart hur en och samma vårdmodell applicerad på olika patienter kan implementeras och vilka resultat det kan ge. I och med att en generisk modell för självmord

inläggning håller på att införas i Stockholms Läns Sjukvårdsområde sedan hösten 2019 kommer detta emellertid vara möjligt att studera framöver. Under de kommande åren kommer betydligt fler patienter att få vårdmodellen, vilket innebär att det finns goda förutsättningar att utföra utvärderingar av dess effekter på sådana diagnoser som substansmissbruk, affektiva sjukdomar och ångestsyndrom, samtidigt som tidigare begränsningar vad gäller låg statistisk power blir lättare att hantera. Likaså kommer självvald inläggning att introduceras och börja ges till minderåriga patienter och deras vårdnadshavare i Barn- och ungdomspsykiatri – en grupp som aldrig tidigare har studerats i relation till vårdmodellen. Centrum för psykiatrforskning kommer att ansvara för denna fortsatta forskning och är för närvarande i uppstartsfasen av en storskalig utvärdering på området.

Aktuell rapport visar samtidigt att behovet av andra sätt att mäta förändring till följd av vårdmodellen är nödvändigt. Vårdkonsumtion bör även fortsättningsvis vara en central del av kommande utvärderingar, men desto viktigare är patienternas självskattningar av sådant som autonomi och livskvalitet. Om syftet med självvald inläggning först och främst handlar om att öka självbestämmande och patientinflytande bör det i sin tur påverka hur förutsägbar patienterna upplever sin egen vård och väl patienter klarar av att hantera sin egen vardag. Framtida forskning måste följaktligen inkludera andra mätinstrument än de som tidigare har ingått för att kunna mäta dessa effekter, liksom bedriva kvalitativ forskning som undersöker patienternas egna erfarenheter av vårdmodellens inverkan på deras liv och vardag. På samma sätt kan anhörigas perspektiv på vårdmodellen vara viktigt att undersöka. Inom ramen för den utvärdering som ska göras av den generiska modellen i Stockholms Läns Sjukvårdsområde kommer exempelvis självskattningar av psykologisk livskvalitet och autonomi att tillämpas, liksom även symptomsskattningsskalor som mäter depression, ångest och substansmissbruk. Detta underlag kan sedan kunna utnyttjas för att ta reda på vårdmodellens hälsoekonomiska konsekvenser, vilket kan ge en bild av de kostnader respektive vinster som kommer av att införa självvald inläggning inom hälso- och sjukvården. Vidare är ett flertal intervjustudier med patienter och deras anhöriga inplanerade.

8. Referenser

Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry*, 4(7), 28-37.

Burström, K., Sun, S., Gerdtham U-G., et al. (2014). Swedish experience-based value sets for EQ-5D health states. *Quality of Life Research*, 23, 431-442.

Eckerström, J., Allenius, E., Helleman, M., Flyckt, L., Perseius, K. I., & Omerov, P. (2019). Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: Nurses' perspectives-person-centred care in clinical practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14(1), 1667133.

Eckerström, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindström, N., & Perseius, K. I. (2020). Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 962-971.

Holmqvist, C. (2016). *Psykospatienters subjektiva upplevelse av självvald inläggning*. Psykoterapeutexamensuppsats, Stockholms universitet, Stockholm, Sverige.

Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187-193.

jamovi project (2018). jamovi (Version 0.9) [Computer Software]. Retrieved from <http://www.jamovi.org>

Koekkoek, B., Van Der Snoek, R., Oosterwijk, K., & Van Meijel, B. (2010). Preventive psychiatric admission for patients with borderline personality disorder: A pilot study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(2), 127-134.

Lindkvist, R. M., Landgren, K., Liljedahl, S. I., Daukantaite, D., Helleman, M., & Westling, S. (2019). 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. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(7), 548-556.

Little, J., & Stephens, D. (1999). A patient-based voucher system for brief hospitalisation. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 429-432.

Mattsson, M., & Durbeej, N. (2017). Rapport – Självvald inläggning, 2017. Stockholm: Region Stockholm.

Nehls, N. (1994). Brief hospital treatment plans for persons with borderline personality disorder: Perspectives of inpatient psychiatric nurses and community mental health center clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(5), 303-311.

Nyttingnes, O., & Ruud, T. (2020). When patients decide the admission – A four year pre-post study of changes in admissions and inpatient days following patient controlled admission contracts. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-10.

Olsø, T. M., Gudde, C. B., Moljord, I. E. O., Evensen, G. H., Antonsen, D. Ø., & Eriksen, L. (2016). More than just a bed: Mental health service users' experiences of self-referral admission. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 11.

Opheim Moljord, I. E., Helland-Hansen, K. A., Salvesen, Ø., Olsø, T. M., Gudde, C. B., Rise, M. B., ... & Eriksen, L. (2016). Short time effect of a self-referral to inpatient treatment for patients with severe mental disorders: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 16(1), 513.

Opheim Moljord, I. E. O., Lara-Cabrera, M. L., Salvesen, Ø., Rise, M. B., Bjørgen, D., Antonsen, D. Ø., ... & Steinsbekk, A. (2017). Twelve months effect of self-referral to inpatient treatment on patient activation, recovery, symptoms and functioning: A randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*, 100(6), 1144-1152.

Strand, M., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 574-586.

Strand, M., Bulik, C. M., Gustafsson, S. A., von Hausswolff-Juhlin, Y., & Welch, E. (2020). Self-admission to inpatient treatment in anorexia nervosa: Impact on healthcare utilization, eating disorder morbidity, and quality of life. *International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1685-1695.

Systema, S., Burgess, P., & Tansella, M. (2002). Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, the Netherlands; Victoria, Australia; and South Verona, Italy. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 273-281.

Thomsen, C. T., Benros, M. E., Maltesen, T., Hastrup, L. H., Andersen, P. K., Giacco, D., & Nordentoft, M. (2018). Patient controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: A nationwide

prospective multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(4), 355-363.

Westling, S., Daukantaite, D., Liljedahl, S. I., Oh, Y., Westrin, A., Flyckt, L., & Helleman, M. (2019). Effect of brief admission to hospital by self-referral for individuals who self-harm and are at risk of suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*, 2(6), e195463.