

Självskadande patienter vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall

Långtidsuppföljning och utvärdering av vårdresultat

Ingrid Ericson
PTP-psykolog
Rättspsykiatriska regionkliniken
Sundsvall

Vid Rättspsykiatriska Regionkliniken i Sundsvall har patienter med allvarliga självskaadebeteenden vårdats sedan 2002. Det rör sig framförallt om patienter som remitterats från allmänpsykiatrisk vård enligt LPT, lagen om psykiatrisk tvångsvård. Detta då vårdresurser i hemlandstingen ansetts vara uttömda, eller efter bedömning att det krävs vård på en annan säkerhetsnivå för att trygga patientens säkerhet och överlevnad. Vid RPK Sundsvall har således kvinnliga patienter med självskaadeproblematik från hela landet vårdats. I de allra flesta fall har patienterna haft en mångårig psykiatrisk vårdhistorik bakom sig, där en mängd olika behandlingsformer provats.

Det senaste året har det, både från medialt håll och patientorganisationer, riktats kritik mot att kvinnliga LPT-patienter med självskaadeproblematik vårdas på rättspsykiatriska kliniker. Huvuddragen i denna kritik har rört att dessa patienter vårdats tillsammans med patienter vårdade enligt LRV, lagen om rättspsykiatrisk vård, samt kritik riktad mot användandet av olika typer av tvångsåtgärder.

Efter den kritik som framförts angående att man på rättspsykiatriska kliniker blandat patienter vårdade enligt LPT med patienter dömda till vård enligt LRV, har rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall öppnat en speciell vårdavdelning för patienter vårdade enligt LPT. Denna avdelnings verksamhet startade under hösten 2009 och bedrivs helt separat från LRV-vården, vad gäller såväl inskrivningar och vård som juridik.

Vård av självskaadande LPT-patienter i rättspsykiatrisk miljö är idag ett tämligen obeforskat område. Från RPK Sundsvalls sida är uppfattningen att en mängd patienter med allvarlig självskaadeproblematik kunnat skrivas ut från kliniken med klart förbättrat mående. Det har dock saknats uppgifter om hur vårdresultaten stått sig över tid och vad som varit verksamt i vården. Att följa upp och utvärdera vården för denna patientgrupp framstår därför som angeläget.

I allt kvalitetssäkringsarbete finns strävan efter att säkerställa en god vårdmiljö och om möjligt förbättra befintlig vård, inte minst i samband med organisationsförändringar. Mer specifikt är syftet med föreliggande undersökning att besvara frågeställningar om hur de nu utskrivna patienterna mår i dagsläget, vad de tycker har varit verksamt i vården, samt kartlägga möjliga förbättringsområden.

Undersökningen har utförts under hösten 2009.

Metod

Urval

Att avsiktligt tillfoga sin egen kropp skada är ingen psykiatrisk diagnos i egen bemärkelse. Det rör sig snarare om en heterogen patientgrupp med komplex problematik och ofta multipla diagnoser. Gemensamt för patienter som valts ut att ingå i undersökningen är att de vårdats på RPK i Sundsvall enligt LPT, med någon form av självskaadeproblematik. Andra inklusionskriterier har varit att uppdraget från remitterande klinik inneburit avlastning eller övertagande av vård pga utagerande eller självskaadeproblematik, samt diagnosen borderline eller emotionellt instabil personlighetsstörning (dessa två diagnoser är olika diagnossystemens benämningar på likartade tillstånd). Exklusionskriterier har varit vård enligt LRV, eller att den huvudsakliga problematiken varit en annan, trots att sporadiska självskaador förekommit. För att säkerställa att ”rätt” patienter ingått i urvalet har enhetscheferna på de avdelningar som handhaft vården intervjuats. Att beakta här är också att flera patienters diagnos reviderats

under vistelsen vid RPK Sundsvall. Det förekommer också att patienter efter avskrivet LPT vårdats inneliggande på kliniken enligt HSL, även dessa ingår i uppföljningen.

Bortfall

Av de 36 patienter som initialt ansågs uppfylla urvalskriterierna har två patienter avlidit. Ytterligare två har under tiden för uppföljningen åter skrivits in för LPT-vård vid RPK Sundsvall. Dessa patienter har utgått ur undersökningen. Det slutliga urvalet kom att bestå av 32 personer.

I de fall där utskrivna patienter fortfarande hade kontakt med en kontaktperson eller annan personal på vårdavdelning har kontakt skett genom dessa. I övriga fall har patienter kontaktats via brev, där de informerats om undersökningens syfte och ombetts svara på en medföljande enkät. I ett tidigt skede i undersökningen gjordes ett försök att kontakta uppdragsgivare och remitterter, men detta försök var mindre fruktbart. Att låta patienterna själva komma till tals är också ett etiskt ställningstagande, och i många fall har ett stort berättarbehov kommit till uttryck. De frågor de före detta patienterna fått svara på är i form av en semistrukturerad intervjuenkät, som tillåter ett friare berättande.

Från två patienter har bara erhållits information om att de befinner sig på anpassade boenden. Fullständiga svar har kunnat inhämtas från 22 före detta patienter. Från åtta patienter saknas uppgifter.

Resultat

Patientgruppen: Demografiska data

Här redovisas data både för hela gruppen i det slutliga urvalet (n=32) och för gruppen som deltagit i uppföljningsstudien (n=22)

Ålder

Vid inskrivning vid RPK Sundsvall var åldern för hela gruppen (n=32) i genomsnitt 27,13 år. och för gruppen som deltagit i uppföljning (n=22) 26,14 år.

Vårdtid

Medelvårdtiden på RPK för hela gruppen (n=32) var 400 dagar och för uppföljningsgruppen (n=22) 360 dagar.

Med medelvårdtiden räknas den tid patienten varit inneliggande på RPK, även om vården konverterats till vård enligt HSL. I de fall patienten kvarstår eller har kvarstått under klinikens försorg på LPT i öppenvård, eller längre permission innan utskrivning, räknas dagen patienten flyttat som sista vård dag. I de fall patienten varit inneliggande vid fler än ett tillfälle har dessa vårdtider adderats till varandra. De totala vårdtiderna i båda grupperna varierar mellan 16 dagar och över tre år.

Tid sedan utskrivning

Tid som gått mellan utskrivning och undersökningens genomförande under hösten 2009 var för hela gruppen (n=32) 542 dagar och för gruppen som deltog i uppföljning (n=22) 558 dagar.

Den patient som senast skrevs ut och som deltog i uppföljningen besvarade enkäten vid utskrivning. Den patient som längst varit utskriven hade vid tiden för uppföljningen varit utskriven fem år och fyra månader.

Diagnostik

Flertalet patienter hade mer än en psykiatrisk diagnos under den tid de vårdades vid RPK Sundsvall.

Diagnoser hos hela gruppen (n=32): 23 hade diagnosen borderline eller emotionellt instabil personlighetsstörning. Fem hade annan eller ospecificerad personlighetsstörning. Nio hade neuropsykiatrisk problematik i form av aspergers syndrom, autismspektrumstörning, ADHD eller ADD. Sju patienter hade någon form av affektiv problematik som huvuddiagnos, (exempelvis bipolärt syndrom). Sex patienter hade någon form av ätstörning. Andra diagnoser som förekom i fem fall eller färre var missbruk, mental retardation, PTSD, hjärnskada, psykossjukdom samt somatisk sjukdom med psykiska symtom.

Diagnoser hos gruppen som deltog i uppföljning (n=22): 16 hade diagnosen borderline eller emotionellt instabil personlighetsstörning. Tre hade annan eller ospecificerad personlighetsstörning. Fyra hade neuropsykiatrisk problematik i form av ADHD eller ADD. Fem hade affektiv diagnos och tre någon form av ätstörning. Ett fåtal hade diagnoser missbruk, PTSD, hjärnskada, psykossjukdom eller somatisk sjukdom med psykiska symtom.

Uppföljning

Totalt har alltså 22 f.d. patienter deltagit, det är dessas svar som redovisas framöver. Samtliga 22 remitterades från ineliggande vård enligt LPT. Vid sammanställning av svaren har vissa frågor och svar i hög grad överlappat varandra. Därför redovisas de under följande rubriker:

1. Vårdkontakt i dagsläget
2. Förekomst av självskada i dagsläget
3. Positiva aspekter av vården vid RPK Sundsvall
4. Negativa aspekter av vården vid RPK Sundsvall
5. Övriga synpunkter.

Under rubrikerna 3-5 har det varit möjligt för deltagarna att avge flera svar. I dessa fall har samtliga angivna svar räknats. Under rubrikerna positivt respektive negativt redovisas svarsfrekvens. Svaren har sedan grupperats enligt teman illustrerade med citat. Stavfel har redigerats för ökad läsbarhet.

1. Vårdkontakt i dagsläget

(n=22)

1 befinner sig inom slutenvård (annan rättspsykiatrisk klinik).

4 har blandad öppen och sluten psykiatrisk vård, två av dessa med kortare planerade inläggningar.

5 befinner sig på gruppboende, familjehem, behandlingshem eller dylikt.

10 patienter har kontakt med öppenvården, en av dessa har en avlastningsplats på ett behandlingshem. Två har boendestöd, en personlig assistans.

2 har ingen, eller enbart medicinsk vårdkontakt.

2. Förekomst av självskada i dagsläget

(n= 22)

1 skadar sig allvarligare nu (i jämförelse med tiden på RPK Sundsvall).

4 skadar sig regelbundet.

7 patienter uppger att självskada förekommer sällan eller i liten utsträckning.

10 patienter uppger att de i dagsläget är fria från självskador. Av dessa har tre en ätstörningsproblematik av något slag och en patient anger annan psykiatrisk problematik.

Suicidförsök adresserades inte direkt i undersökningen. 2 patienter uppger att suicidförsök har förekommit.

3. Positiva aspekter av vården vid RPK Sundsvall:

(n=22) 69 svar, varav tre var ”inget”

Svarsfrekvens

Personal: 8

Psykolog: 6

Kontaktpersoner: 5

Samtal: 5

Pedagogisk verksamhet: 5

Medicinrensning: 4

Medicin: 4

Belöningssystem: 4

Struktur: 3

Läkare: 3

Inget: 3

Eget ansvar: 3

Avstånd hem: 2

Andra patienter: 2

Konsekvens: 2

Strategier/ verktyg: 2

Morgonsamling: 1

Missbruksbehandling: 1

Frigång: 1

Folk litade på mej: 1

Inget extravak: 1

Säkerhet: 1

Metalldetektor: 1

Ospecificerat, bra: 1

Tema A: Behandling och personal

(Personal, kontaktpersoner, psykolog, läkare, samtal, strategier/ verktyg, missbruksbehandling, medicinrensning, medicin)

Det absolut bästa i S-vall var att personalen var stabil.

Personalen var bra. De hade tålamod att lyssna och förstå.

Man drog inte ner folk med mediciner.

... bra kontaktpersoner och bra, glatt gäng personal som jag uppfattade, gillade att jobba. Bra stämning och mycket skoj och skratt, regelbundna psykologsamtal med bra psykolog, att jag fick ta ansvar och, framförallt, började med Concerta.

Hjälp, lyhörda, psykologkontakt, lyssna när jag mådde dåligt, läkaren lyssna när jag mådde dåligt, bra mediciner och belöningssystem

Det som var bra när hon kom ut på vårdavd var b.l.a att hon blev ordentligt utredd och fick en diagnos, bra hjälp av psykologen, tyckte det var familjärt på avd och att det var fast personal och att hon kände att det alltid fanns någon att prata med. Även att hon fick de rätta verktygen att handskas med i sitt privatliv, hon betonar att rättspsyk var hennes räddning.

Ni tog tag i mina problem och vi löste dem.

Tema B: Struktur och eget ansvar

(Struktur, konsekvens, morgonsamling, eget ansvar, belöningssystem, frigång, att folk litar på en, inget extravak)

Det var bra med morgonsamlingen och att DP blev indragen om man inte gick på morgonsamlingen. På så sätt fick man ta ansvar för sin egen dygnsrytm. (...) Att det inte är några extravak leder till att man tar större eget ansvar. Man får växa upp genom det egna ansvaret. Kliniken håller en linje som jobbar mot utskrivning.

Jag blev nog vuxen i s-vall. Insåg att det är bara jag som bestämmer hur mitt liv ska se ut och inte gå och vänta på att någon skulle fixa mitt liv.

Problemlösning, bearbeta saker under lång tid, mådde bättre psykiskt och fysiskt, fick lära sig ta ansvar, friförmånstrappan. Hitta den egna viljan.

Tema C: säkerhet

(Säkerhet, metalldetektor)

Bra; säkerheten, man skyddar sig mot sig själv och ifrån sig själv och det var bra personal.

Övrigt:

(Pedagogisk verksamhet, avstånd hem, medpatienter, inget, ospecificerat bra)

Sysselsättningen som finns på RPK, musik, skola, hobby och att åka ut med personal. Att det alltid finns någon att prata med när man mår dåligt.

Hobbyn och olika spel vi kunde spela

Musikläraren (...) lärde mej skriva musik!

Avståndet till barnen fick mej att "vakna"

Det som var bra var kontakten med patienterna. Vi umgicks och hjälptes åt, samtalade mycket. Tyvärr påverkades man negativt då dessa mårde dåligt eller behandlades illa.

Allt var perfekt i Sundsvall

Inget!!!

4. Negativa aspekter av vården vid RPK Sundsvall:

(n=22) 68 svar, varav ett var "Inget"

Svarsfrekvens

Ospecificerat hot tvång straff: 6

Sitta med dömda: 6

Sitta med andra självskadare: 5

För lite samtal: 5

Avskiljning: 5

Handskar: 4

Ingen hjälp av personal/ rädd för personal: 4

Intaget: 3

Bara förvaring: 2

Dålig utslussning/ eftervård: 2

Läkare: 2

För lite kunskap om ätstörning: 2

För lite personlig övervakning: 2

Medicinsättning: 2

Avståndet hem: 2

Ospecificerad: 2

Bälte: 2

För hög säkerhet: 1

Visitering/metalldetektor: 1

Frånvaro av personal på avdelning: 1

Ingen psykolog: 1

För lite egenbestämmande över behandlingen: 1

Kunskapsbrist hos personal: 1

Fel diagnos: 1

Slappt, för mkt eget ansvar: 1

Det hade gått att ta livet av sej: 1

Maten: 1

Inget kylskåp: 1

Inget: 1

Tema A: Tvångsåtgärder

(Handsakar, avskiljning, isolering, bälte, ospecificerat hot/tvång/straff)

Jag mådde bättre då jag slutat skada mig men det var som sagt inte riktigt äkta då jag inte slutat för att jag själv ville utan för att som jag tidigare nämnt blev tvingad till det.

*Anledningen till att jag först hamnade där var att jag på en mycket kort tid lyckats med tre mycket allvarliga suicidförsök på allmänpsykiatri, med extravak. Hjälp jag fick vid RPK var att jag snäpptes av det spåret, den självdestruktiva spiralen bröts MEN det var till ett pris av förnedring och lång tid av återhämtning efter intensiv kränkande och nonchalant, omänsklig behandling/bemötande. (...) Jag tror inte att något i "vården" gjorde att jag **mådde** bättre. Jag **mådde** inte bättre efter vistelsen hos er men jag var inte destruktiv - det hade ni skrämt ur mig.*

Tvångshandskar – förkastligt, omänskligt och förnedrande.

*Det jag har absolut starkast synpunkter på är de "straffmetoder" som kliniken använder sig av för att förhindra patienter att skada sig själva. Och då syftar jag framförallt på de tvångshandskar som används och avskiljningen (isoleringen). Är medveten om att ni har en annan syn på saken och tycker det är otroligt sorgligt att ni inte kommit längre i vården av oss "självska-depatienter". **MAN KAN INTE STRAFFA BORT ETT SJÄLVSKADEBETEENDE!!!** Prata med och stötta dessa individer istället (vi är faktiskt människor också). Inga djur som ska låsas in!!!*

Jag ser inget bra med tiden i Sundsvall. Det var en mardröm. (...) Hjälp?! Ingen alls. Gav mej bara ångest och panik. Rädsla. Otrygghet. (...) Ni skrämde bara bort självskadorna med era "metoder".

Tema B: Brist på behandling

(Frånvaro av personal på avdelning, för lite samtal, bara förvaring, dålig utslussning/ eftervård, ingen hjälp av personal/ rädd för personal, ingen psykolog, läkare (tog ej skada på allvar, dålig på intaget), för lite kunskap om ätstörning, för lite egenbestämmande över behandlingen, kunskapsbrist hos personal, felaktig diagnos)

Sen var jag kvar på kliniken lite för länge i väntan på beh.hem. Då fick jag en svacka.

det erbjöds ingen vård bara förvaring

Jag kan tyvärr inte se något positivt från tiden på RPK i S-vall. Jag fick inte, trots egen förfrågan, någon psykolog eller annan samtalskontakt.

Jag saknade dock en tydlig struktur- hur kan de hjälpa mig mer än att hålla mig instängd? Var är "vården"?

Läkaren visade bristfällig kunskap om ätstörning och självskadebeteende. Det fanns en falsk bild av att kliniken var bra på att behandla ätstörningar. Ätstörningspatienter har inget där att göra.

Tema C: Andra patienter

(Sitta med dömda, sitta med andra självskadare)

(...)angående diskussionen kring det här med blandningen av självskadepatienter med LRV där jag tycks stå för en helt annan åsikt än vad som annars tycks ha kommit fram i media. Jag är av den starka åsikten att sätta alla självskadare tillsammans på en avdelning är förkastligt och farligt. Jag som självskadare vet hur oerhört smittsamt självskadande är.

Satt under tre månader inlåst med bara män som var dömda till grova brott, såsom mord, grov misshandel osv. Jag var där på LPT! Männena som var dömda var väldigt snälla mot mig.

Miljön var skrämmande, var rädd för de intagna.

När man försöker hantera ångest på ett bra sätt (prata med någon eller spela kort) så stjäl andra, mer destruktiva patienter den tiden genom att utagera, detta känns ofta som ett straff för att man försöker hantera sin ångest på ett bra sätt.

(...)att vi tjejer uppmana varandra att skära/skada oss.

Det spelar ingen roll hur bra jag mår när jag kommer ut från mitt rum om någon där ute sätter igång, det blir kaos.

Utifrån debatten att sitta tillsammans med dömda tycker att det är för jävligt. Annars har hon själv inte reagerat på att sitta med dömda. Allmänpsykiatri har inte något bättre att erbjuda.

Tema D1: För hög säkerhet

(Intaget, för hög säkerhet, visitering/metalldetektor)

När man först kommer till kliniken och möts av detta blir hela upplevelsen dålig. Det ger ett dåligt första intryck. (...) 93an är definitivt den sämsta plats jag varit på i hela mitt liv. Detta måste ändras.

Det hon upplevde jobbigt när hon var här på kliniken var den rigorösa säkerheten, avd 93 upplevde hon också som jobbig med alla pat av skiftande problematik + att alla hennes mediciner blev utsatta där.

Tema D2: Bristande säkerhet

(Slappt, för mkt eget ansvar, det hade gått att ta livet av sej, för lite personlig övervakning)

Vi tjejer blev fel behandlade. Det ska vara mer personlig övervakning vid självskada.

Övrigt negativt

(Medicinutsättning, avståndet hem, maten, inget kylskåp)

Avståndet hade en klart avskräckande effekt, men hade velat ha mer besök

5. Övriga synpunkter

Tycker det är helt fel att vårda självskadepatienter inom rättspsykiatri

Det är viktigt med psykologkontakt, speciellt för ätstörningsproblematiken. Det borde man nästan tvingas att ha, psykologkontakt. Det borde alltid vara psykologutredning, eftersom det alltid finns något bakomliggande bakom självskadeproblematik.

Denna patientgrupp behöver delas in i mående och nya patienter slussas in i den grupp som mår hyfsat en i taget. Då blir det press på att uppföra sig bättre istället för destruktiv kamp om uppmärksamheten.

Patienterna mer delaktig i avdelningsverksamheten (utsmyckning och inköp av blommor osv). Utflykter.

KUNSKAP hos personalen efterlyses av mig och andra. Kunskap om problematiken, psykologi, orsaker, förebyggande, ingripande i den akuta situationen. Att vara en god samtalspartner räcker inte. De måste kunna ge kunskap och visa sin erfarenhet i handling. Fokus måste ligga på att lyfta människor till ett fungerande liv utan destruktivitet

Diskussion

Metodologiska överväganden kan givetvis ha betydelse för resultatens tillförlitlighet. Ett möjligt upplägg hade varit att använda sig av enkäter med fasta svarsalternativ, vilket kunnat ge ett mer lättöverskådligt material. I ett större undersökningsmaterial hade undergrupper av patienter kunnat identifieras. En önskvärd design hade varit att såväl patient som någon annan skattat symtom före vård, efter vård och vid uppföljning över tid. Detta har dock inte kunnat genomföras inom ramen för denna undersökning.

Sammanfattningsvis klarar sig flertalet patienter som deltagit i uppföljningen i dagsläget utan psykiatrisk heldygnsvård och många är fria från självskadebeteende. Utifrån undersökningen är det inte möjligt att uttala sig om orsak och verkan. Det finns en tidsaspekt att ta hänsyn till, och många av de patienter som skrivits ut har inte deltagit i uppföljningen.

Åsikterna om vården går kraftigt isär bland de före detta patienterna, från uteslutande positiva omdömen eller att RPK varit ens räddning, till att se tillbaka på vårdtiden som en förnedrande traumatisering. Bland positiva aspekter märks god kontakt med avdelningspersonal och kontaktpersoner, behandlande insatser såsom psykologkontakt, medicinering och medicinutsättning, säkerhet, struktur och ökat eget ansvar.

Under rubriken negativt framstår bristande behandling, tvångsåtgärder och medpatienter som de största områdena. Gällande det sistnämnda temat framförs negativa synpunkter mot såväl vård tillsammans med LRV-patienter, som vård tillsammans med andra självskadande patienter.

Många patienter har reagerat mycket starkt på användandet av tvångsåtgärder, där de tydligt betraktar detta som en form av bestraffning. Under rubriken bristande behandling nämns att man önskar mer personalnärvaro, samtal och kompetens hos personal. Runt temat säkerhet går åsikter isär, där säkerheten ses som både för hård och bristande.

Under rubriken övriga synpunkter har före detta patienters förslag på förbättringar samlats. Här framkommer bland annat önskan om större patientinflytande på avdelningarna, uppdelning av patienter efter mående, samt ökad kunskap hos personal.