

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Självskadebeteende hos vuxna

Nationellt programområde psykisk hälsa

Datum	Version/beskrivning av förändring
2023-09-14	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
1. Om konsekvensbeskrivningen	5
2. Konsekvenser	5
2.1 Omfattning	5
2.2 Nyttan eller risker för personen	5
2.3 Etiska aspekter.....	6
2.4 Verksamhet och organisation.....	6
2.5 Kostnader.....	7
2.6 Kompetensförsörjning.....	7
2.7 Påverkan på andra kunskapsstödsåtgärder.....	8
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	8
2.9 Uppföljning	8
2.10 Övriga konsekvenser	9
3. Bilagor.....	10
3.1 Hälsoekonomisk analys	10
4. Referenser.....	17

Sammanfattning

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Självskadebeteende hos vuxna har ett tydligt fokus på snabbt omhändertagande, hög tillgänglighet samt att målgruppen får tillgång till evidensbaserade metoder som stärker patientens delaktighet, främjar återhämtning och leder till ökad eller bibehållen funktionsförmåga. Vårdförloppet är avgränsat till självskadebeteende hos personer från 18 år inom psykiatrisk specialiserad vård.

Om insatserna i vårdförloppet implementeras i hela landet leder det till en ökad möjlighet för patienterna att få bästa tänkbara behandling utifrån aktuell kunskap och tillgänglig evidens, oavsett bostadsort. Idag finns regionala och lokala skillnader som omfattar bemanning, struktur och kunskapsnivå.

Behandlingsmetoder för självskadebeteende är omfattande och tidskrävande. Det förutsätter specialistkompetens och kontinuitet i det team som möter patienten. För att följa vårdförloppet rekommenderas en tydlig och systematisk kompetensplanering med såväl kortsiktiga som långsiktiga utbildningsinsatser för de olika behandlingsmetoderna, men även kring stabiliserande insatser och patientutbildning. Ofta finns dessa kompetenser redan i regionerna idag, men inte hos tillräckligt många medarbetare, vilket innebär att kompetensutvecklingsinsatser behövs till flera medarbetare.

Vid införandet av vårdförloppet kan kostnaderna för hälso- och sjukvården öka initialt. De största kostnadsökningarna handlar om personalkostnader relaterat till förändrade arbetssätt för att uppnå högre tillgänglighet och utbildning i evidensbaserade metoder.

Evidensbaserade metoder kan leda till ökade antal besökstimmar i psykiatrisk öppenvård för personer med mer omfattande sjukdomsgrad jämfört med nuläget. På längre sikt förväntas dock kostnaderna bli lägre till följd av minskat behov av heldygnsvård och akutvård. Det kommer i vissa fall fortsatt förekomma att patienter har kostnader för heldygnsvård, varför detta inte bör uteslutas som en möjlig kostnad som tillkommer utöver insatserna som presenteras i vårdförloppet. Personer som genomgått behandling enligt vårdförloppet förväntas ha ett minskat lidande samt bedöms behöva mindre sjukskrivning vilket sannolikt leder till samhällsekonomisk vinning.

Det finns i dagsläget inga nationella kvalitetsregister som täcker självskadebeteende och heller inget vedertaget sätt att registrera självskadebeteende vid journalföring. Socialstyrelsen har tagit fram nya ICD-10 koder (Z91.5A-C) och arbete pågår att färdigställa en användarmanual.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) självskadebeteende har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet under 2022 och 2023. I NAG är de sex hälso- och sjukvårdsregionerna representerade från olika områden: primärvård, psykiatrisk specialiserad vård, kommun samt patient- och anhörigförening self harm and eating disorder organisation (SHEDO). Representanterna har olika professioner och expertis.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Detta vårdförlopp är avgränsat till självskadebeteende hos personer från 18 år inom psykiatrisk specialiserad vård.

Samsjuklighet med psykiatriska diagnoser är vanligt hos personer med självskadebeteende. Forskning visar att drygt 80 procent av ungdomar och vuxna som söker vård för självskadebeteende uppfyller kriterier för åtminstone en psykiatrisk diagnos. Cirka 50 procent uppfyller kriterier för minst två samtidiga psykiatriska diagnoser. Viktigt att notera är dock att självskadebeteende kan förekomma utan annan psykiatrisk samsjuklighet.

Det finns i dagsläget inga nationella kvalitetsregister som täcker självskadebeteende och det finns inget vedertaget sätt att registrera självskadebeteende vid journalföring, vilket gör det svårt att få säkra data för prevalens och incidens och att följa upp vårdens innehåll och resultat. Socialstyrelsens nya ICD-10 koder som införs 2023 samt vårdförloppets indikatorer kommer sannolikt ge en mer realistisk bild av förekomsten av självskadebeteende i Sverige framöver.

Vid misstanke om eller tidig upptäckt av självskadebeteende kan förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården förhindra vidare utveckling av självskadebeteende. Insatser kan variera beroende på svårighetsgrad, där tidig upptäckt och tidiga insatser enligt vårdförloppet är avgörande för en god prognos.

2.2 Nyttan eller risker för personen

Om insatserna i vårdförloppet implementeras i hela landet leder det till en ökad möjlighet för personer med självskadebeteende att få bästa tänkbara behandling utifrån aktuell kunskap och tillgänglig evidens oavsett bostadsort. Idag finns regionala och lokala skillnader som omfattar bemanning, struktur och kunskapsnivå.

Följsamhet till vårdförloppet bidrar till att personer med självskadebeteende får en ökad tillgänglighet till insatser som tidig upptäckt, patientutbildning, stabiliserande insatser samt

evidensbaserade behandlingsmetoder. Vårdförloppet ger en tydlig bild av vad patienten kan förvänta sig av vården samt över sin egen medverkan och delaktighet.

Vårdförloppet i sig medför inte någon risk för patienter med självskadebeteende. Den risk som finns är att vårdförloppet inte implementeras fullt ut på grund av ökande initiala kostnader och då tillgängliggörs inte evidensbaserad vård- och stödinsatser jämlikt för personer med självskadebeteende. Undanträngningseffekter på andra grupper på grund av ökade kostnader kan finnas på kort sikt.

2.3 Etiska aspekter

Personens autonomi och integritet förväntas inte påverkas negativt av vårdförloppet. Snarare ger vårdförloppet större möjligheter än tidigare, att respektera och beakta personens autonomi och integritet genom arbetssätt, processer och insatser för delaktighet. Det kan förekomma att vårdpersonal och den enskilda personen har olika uppfattningar om behovet av insats. Det kan göra att personen upplever besvikelse över att inte få det man anser sig behöva. All vård ska ges utifrån behov och en tydlig dialog är av vikt för att motverka besvikelser som har sin grund i förväntningar på insatser som inte bedöms ha effekt eller vara lämpliga.

Vid och efter införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom vården har synpunkter framförts kring undanträngningseffekter. Införandet av vårdförlopp Självskadebeteende hos vuxna skulle kunna innebära att resurser flyttas från andra patientgrupper inom psykiatri eftersom vårdförloppet innebär en högre ambitionsnivå för vård och stöd till patienter med självskadebeteende.

Överlag är det dock etiskt rättfärdigat i och med de stora och akuta vårdbehov som personer med självskadebeteende och deras närstående har, vilket behovs- och solidaritetsprincipen stödjer. Bedömning av varje enskilt fall och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras.

Ett av de huvudsakliga skälen till att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen införs är att säkerställa en tillgänglig och jämlik vård för alla personer oavsett var man är bosatt i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför finnas ur ett jämlikhetsperspektiv.

2.4 Verksamhet och organisation

Behandlingsmetoder för självskadebeteende är omfattande och tidskrävande och förutsätter specialistkompetens och kontinuitet i det team som möter patienten. Vårdförloppet tydliggör att bedömning och behandling ska vara individanpassade och ha en hög tillgänglighet till professionell kontakt. Självvald Inläggning (SI) är ett arbetssätt som ökar delaktighet och självbestämmande för personen och rekommenderas som insats i heldygnsvården.

En samlad enhet kan säkerställa metodtrogenhet och skapa en överblick över hela verksamhetens behov av tillgänglighet och behovsanpassade insatser för rätt personer. Möjligheten att rekrytera och

bibehålla kompetens kan också öka. Verksamheterna tillgodoser att kompetens och handledning i metoderna fortgår.

Inom regioner med stora geografiska avstånd kan insatser ske digitalt. Även där geografiska avstånd inte är ett hinder kan digitala insatser och verktyg öka tillgängligheten för de personer som vill och kan använda sig av detta. För regioner och verksamheter som inte erbjuder denna typ av tjänster idag kan efterfrågan på ökad tillgänglighet genom digitala lösningar innebära krav på utvecklingsarbete inom detta område.

2.5 Kostnader

I den hälsoekonomiska analysen (Bilaga 1), framkommer att den totala nationella kostnaden för heldygnsvård och öppenvård 2021 uppgick till 380 miljoner kronor samt ytterligare 276 miljoner för besök på akutmottagningen. Vid införandet av vårdförloppet blir vården mer tillgänglig för vårdtagaren och kostnaderna för hälso- och sjukvården kan tänkas öka initialt. Det beror på högre tillgänglighet till professionell kontakt med snabb bedömning och behandling samt kompetensförsörjning av evidensbaserade metoder. Utbildning och handledning kan medföra ökade kostnader, vilket behöver utredas vidare regionalt och lokalt. För behandlingsmetoderna är det önskvärt med steg 1 utbildning, vilket tar 3–4 terminer (cirka 400 000 kronor inklusive lön och arbetsgivaravgifter) och därefter utbildning i respektive metod cirka 20 000 - 30 000 kronor, 5–10 arbetsdagar.

Evidensbaserade metoder kan leda till ökade antal besökstimmar i psykiatrisk öppenvård jämfört med nuläget. På längre sikt förväntas dock kostnaderna bli lägre till följd av minskat behov av heldygnsvård och akutvård. En del patienter kan även i fortsättningen behöva tillgång till heldygnsvård varför detta inte bör uteslutas som en möjlig kostnad som tillkommer utöver insatserna som presenteras i vårdförloppet.

Vårdförloppet väntas leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom ett mer tillgängligt flöde till evidensbaserade metoder som främjar återhämtning och tillfrisknande. Det leder i sin tur till besparingar på många plan bland annat förväntas vårdbehov och sjukskrivningar minska. De direkta kostnaderna kan initialt öka i form av utbildnings- och handledningsinsatser samt behov av ökad tillgänglighet, men indirekta och totala samhällskostnader förväntas minska på sikt och värdet av ökad livskvalitet bedöms bidra till ett kostnadseffektivt vårdförlopp. För mer detaljerad information se den hälsoekonomiska analysen.

2.6 Kompetensförsörjning

I vårdförloppet ligger ett tydligt fokus på snabbt omhändertagande, hög tillgänglighet och att arbeta utifrån evidensbaserade metoder som stärker personens delaktighet samt främjar återhämtning och ökar eller bibehåller funktionsförmåga.

Vårdförloppet rekommenderar en tydlig och systematisk kompetensplanering med såväl specifika kortsiktiga som långsiktiga insatser för de olika behandlingsmetoderna, men även kring

stabiliserande insatser och patientutbildning. Ofta finns dessa kompetenser redan i regionerna, men inte hos tillräckligt många medarbetare, vilket innebär att det kommer att behövas kompetensutvecklingsinsatser till flera medarbetare, se avsnitt 2.5. Vårdförloppet kan också leda till förändrat arbetssätt och omstrukturering av befintliga resurser samt eventuellt ökning av personella resurser.

En nationell kunskapsspridning om vårdförloppet behövs för att öka kunskap och efterlevnad av insatserna som beskrivs.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Vårdförlopp Självskadebeteende hos vuxna kompletterar det nationella vård- och insatsprogrammet för självskadebeteende. Vård- och insatsprogrammet och vårdförloppet kommer tillsammans kunna ersätta eller komplettera lokalt och regionalt utarbetade riktlinjer avseende personer med självskadebeteende inom den psykiatriska specialiserade vården.

Det finns sannolikt ingen påverkan på andra befintliga kunskapsstöd i dagsläget. Det är viktigt att vårdförloppet för självskadebeteende harmoniserar och samordnas såväl vid revidering av befintliga kunskapsstöd som vid utveckling av nya närliggande kunskapsstöd.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Självskadebeteende hos vuxna bedöms inte ha några betydande konsekvenser för andra nyckelfrågor inom hälso- och sjukvården. Vårdförloppet är väl förenligt med omställningen till god och nära vård genom att främja jämlik hälsa, ha god tillgänglighet, vara kunskapsbaserat och personcentrerat, vilket också leder till bättre förutsättningar för patientmedverkan.

2.9 Uppföljning

1 januari 2023 infördes nya ICD-10-koder för självskadebeteende, Z91.5A – Z91.5C. Det kommer krävas ett stort arbete för att förbättra och samordna nationell registrering samt vårddokumentation för att bättre kunna följa vårdförloppets indikatorer, dess effekt och införande. Det är därför avgörande att regionerna arbetar för att samtliga insatser registreras enligt vårdförloppets KVÅ-koder och de nya ICD-10-koderna samt koderna X60-X84 (avsiktlig självd destruktiv handling) och Y10-Y34 (skadehändelser med oklar avsikt).

Regionerna behöver arbeta för implementering av skattningar CORE-OM, DSHI-9 och WHODAS, så att uppföljning sker var 16:e vecka samt att det finns en strukturerad dokumentation.

Majoriteten av indikatorer som ska följas i vårdförloppet kommer att hämtas ur regionernas egna vårddokumentationssystem. För detaljerad information om hur indikatorerna ska beräknas hänvisas till webbplatsen [Kvalitetsindikatorkatalog](#) där kompletta specifikationer av indikatorerna publiceras i takt med att de är informatiskt genomarbetade.

Som en följd av att vårdförloppet implementeras kommer även rutiner för uttag av statistik och indikatorer att behöva utarbetas.

2.10 Övriga konsekvenser

Ett stort arbete krävs för att förbättra den nationella strukturerade vårddokumentationen i förhållande till de indikatorer som föreslås, men på sikt bör så många av insatserna som möjligt i vårdförloppen dokumenteras på ett gemensamt och strukturerat sätt i journal. För flera insatser i vårdförloppen skulle det vara värdefullt att utarbeta ett gemensamt dokumentationsstöd och/eller gemensamma dokumentationsmallar.

3. Bilagor

3.1 Hälsoekonomisk analys

3.1.1 Syfte

Syftet med den ekonomiska analysen är att uppskatta kostnaderna för insatser som kan ingå i vårdförloppet (önskat läge) i jämförelse med nuvarande standardvård (nuläge) hos vuxna med självskadebeteende.

3.1.2 Metod

Den hälsoekonomiska kostnadsanalysen har beaktat regionperspektivet och beskriver de förväntade kostnaderna i regionerna till följd av vårdförloppets införande jämfört med standardvård inom område självskadebeteende hos vuxna i Sverige. Denna analys följde en metod som föreslagits av Drummond och kollegor [1]. Den innefattade fyra steg:

1. identifiera de relevanta utökade resurserna som kommer att användas för att genomföra insatser som beskrivs i vårdförloppet,
2. kvantifiera dessa resurser i fysiska enheter,
3. värdera de olika resurserna som används till deras alternativkostnader (så kallade opportunity costs) samt
4. hantera differentiell tidpunkt för resurser.

Det finns i dagsläget inga nationella kvalitetsregister som täcker självskadebeteende och inget vedertaget sätt att registrera självskadebeteende vid journalföring, vilket gör det svårt att få säkra data för prevalens och incidens samt att följa upp vårdens innehåll och resultat. Således har beräkningar i den hälsoekonomiska analysen utgått från diagnoskod ICD-10: F60.3 (emotionellt instabil personlighetsstörning hos vuxna) och data hämtades via kostnad per patient (KPP) och uppskattningar från expertutlåtande.

Följande beräkningar av ekonomiska konsekvenser vid införande av vårdförloppet bygger på tillgängliga uppgifter från offentlig statistik, litteraturgenomgång och expertutlåtande samt antaganden. Denna hälsoekonomiska analys syftar till att redovisa kostnader för olika vårdinsatser samt illustrera hur resursanvändning kan effektiviseras. För att få fram data i den hälsoekonomiska analysen har Delfi-metoden tillämpats. Delfi-metoden är en systematisk prognosprocess som baseras på panelmedlemmarnas samlade bedömningar [2]. Denna metod utvecklades ursprungligen som ett strukturerat tillvägagångssätt för att samla in data om framtidens förutsägelse/uppskattningar och bedöma sannolikheten för framtida händelser eller situationer [3].

Följande beräkningar av de årliga kostnaderna för självskadebeteende har baserats på diagnosrelaterade grupper (DRG). Där har bland annat enhetskostnader för respektive DRG-kod använts [4]. Data hämtades genom Socialstyrelsens statistiska databas för år 2021. Kostnaderna är beräknade genom att multipliceras antalet vårdtillfällen med DRG-kostnaderna för dessa

vårdtillfällen. Slutligen summerades DRG-koderna till en årlig totalkostnad för patienter. Data är hämtade via Kostnad per patient (KPP) databasen som innehåller kostnadsuppgifter från vården [5].

Två scenarier utvecklades:

- 'Nuläge' som benämns och syftar till den behandling som utgår från vårdsinsatser som ges nu.
- 'Önskat läge' som syftar till vårdförloppet och som visar vilka förändringar i uppskattad frekvens av vårdsinsatser som sker vid införandet av vårdförloppet.

Kostnaderna beräknades för varje föreslagna insats genom att multiplicera mängden besökstid för respektive insats med personalkostnader. Priset för insatserna har alltså estimerats beroende på personalkostnader med hjälp av Statistikmyndigheten SCB:s lönestatistik och inkluderar personalomkostnadstillägg (PO-tillägg) [6]. Beräkningar av följande yrkeskategorier genomfördes och inkluderades i analysen; läkare, specialistutbildad sjuksköterska respektive psykolog. Data om personalkostnad per besök inom psykiatri år 2022, har tagits från KPP databasen via statistiker vid VGR. För att få en mer representativ uppskattning av personalkostnaderna användes ICD-10: F60-F69. Vissa kostnadsdata, till exempel mängden besökstid har uppskattats av den nationella arbetsgruppen utifrån erfarenhet och kunskap.

3.1.3 Resultat

Under år 2021 uppgick de totala kostnaderna för heldygnsvård för patienter med personlighetsstörning till cirka 306 miljoner kronor (se Tabell 1). De totala kostnaderna för öppen vård uppgick till cirka 23 miljoner kronor.

Tabell 1. Kostnader inom psykiatri för heldygns- och öppen vård, 2021

Personlighetssyndrom	Kostnad per patient	Antal tillfällen per år	Totala årliga kostnader, kronor
Heldygnsvård	285,750	1,248	356,616,000
Öppen vård	3,114	7,406	23,062,284
Totala kostnader, kronor			379,678,284

Notis: Personlighetssyndrom (F60-61, F688)

Kostnader för akutmottagningsbesök för patientgruppen under 2021 uppgick till 276 miljoner kronor fördelat på 34 903 besök per år. Nettokostnaden för ett sådant läkarbesök är uppskattat generellt för alla sjukdomar och uppgår till 7 898 kronor inklusive behandling (Tabell 2). I detta sammanhang "Nettokostnaden är exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen och i löpande priser" [7]

Tabell 2. Akutvårdskostnader för somatisk vård

Kostnad (läkarbesök inklusive behandling)	Antal besök per år (2021)	Total kostnad, kronor
7,898	34,903	275,660,261

3.1.4 Nulägesbeskrivning

För att kunna jämföra och beakta dagens kostnader har de vårdinsatser sammanställts som antas ges inom regionerna. Det kan förekomma regionala skillnader i behandling av patienter med självskadebeteende, såväl utifrån evidensbaserade metoder som beprövad erfarenhet. Nuläget är också baserat på den nationella arbetsgruppens erfarenheter och kunskaper. Nuläget har delats upp i tre olika sjukdomsgrader; lindrig, måttlig och mer omfattande, för att kunna beskriva de skillnader i behandling som finns inom patientgruppen. Svårighetsgraden kan vara svårbedömd och fluktuera över tid, varför dessa indelningar får ses som ett försök att beakta spektrum av sjukdom som patienterna kan ha. Den kliniska bedömningen av självskadebeteendets svårighetsgrad och nivå på insatser behöver göras löpande vid vårdenheten. För patienter med en lindrig grad av självskadebeteende uppskattas en total kostnad på cirka 48,124 kronor per patient med en total estimering av besökstid av insatser på 20 timmar per år (tabell 3). För att få fram den totala kostnaden för patient med lindring grad emotionell personlighetsstörning syndrom, multipliceras den totala tiden besökstid med totala kostnader på denna nivå.

En patient med måttligt självskadebeteende uppskattas under ett år behöva 67 timmar av de insatser som erbjuds inom vården. Framför allt kräver patienten ett större antal timmar med stödsamtal och ospecifika insatser/behandling och den personalkategori som beräknats i denna insats är sjuksköterska. Skillnaden för en patient med måttlig sjukdomsgrad jämfört med lindrig sjukdomsgrad är att patienter med måttlig sjukdom kan behöva heldygnsvård. Kostnaderna kan därmed bli större om patienter inte får tillgång till rätt behandling inom rimlig tid. För en patient med måttligt självskadebeteende har eventuella kostnader beräknats: för akutvård cirka 26,605 kronor (5 tillfällen) och behandling i heldygnsvård cirka 100,000 kronor (10 vård dagar). Den totala kostnaden för heldygnsvård per patient beräknats till 135,405 kronor (Tabell 3).

Slutligen kan patienter med en mer omfattande sjukdomsgrad behöva en större andel behandlingar, speciellt om patientens behov av behandling inte har tillgodosetts eller om patienten fått fel behandling under en längre tid, vilket kan leda till att patienten utvecklar en mer omfattande grad av självskadebeteende. För att beakta patienter med en mer omfattande sjukdomsgrad har arbetsgruppen utgått från att patienten kräver allt fler insatser av vården, vilket innebär ökade kostnader. En patient med mer omfattande sjukdomsgrad kan i nuläget få allt fler stödsamtal estimerat på 50 timmar, vilket här beräknats på sjuksköterska. Patienten erbjuds ofta en högre andel läkemedelsbehandling och provtagning eftersom ett självskadebeteende oftast ses med en samsjuklighet. Den totala kostnaden antas uppgå till ungefär 210,996 kronor per patient vid 96 totala besökstimmar för en patient med mer omfattande sjukdomsgrad. För heldygnsvård estimeras totala kostnader på cirka 300,000 kronor beräknat på 30 vård dagar. Med tillägg av akuta insatser som ambulans, mobila team och besök på akutmottagning uppskattats den totala kostnaden för heldygnsvård till 450,420 kronor per år, vid mer omfattande sjukdomsgrad.

Tabell 3. Beskrivning av kostnader i nuläget per år

Totala kostnader i nuläget kalkyleras utifrån besökstid, vårdtillfällen/antal vård dagar och multipliceras med personalkostnader per besök.

Lindrig			
Insats	Besökstid inkl. admin (timmar)	Kostnad per besök, kr	Totala kostnader/år
Läkare (bedömning, behandling)	2	5,321	10,642
Stödsamtal, ospecifika insatser	15	2,025	30,375
Sjuksköterska (provtagning, medicinering etc.)	1	2,025	2,025
Handledning/teamarbete	2	2,541	5,082
Totalt per patient, kronor	20		48,124
Måttlig			
Insats	Besökstid inkl. admin (timmar)	Kostnad per besök, kr	Totala kostnader/år
Läkare (bedömning, behandling)	2	5,321	10,642
Stödsamtal, ospecifika insatser	53	2,025	107,325
Sjuksköterska (provtagning, medicinering etc.)	12	2,025	24,300
Handledning/teamarbete	3	2,541	7,623
Totalt per patient, kronor	67		149,890
Heldygnsvård	Antal tillfällen/vård dagar	Kostnad per tillfälle, kr	Totala kostnader/år
Akutvård (läkare, övriga insatser)	5	5,321	26,605
Ambulans, mobila team	2	4,400	8,800
Heldygnsvård, psykiatri (läkare, behandling, vård dagar)	10	10,000	100,000
Totalt per patient, kronor	17		135,405
Mer omfattande			
Insats	Besökstid inkl. admin (timmar)	Kostnad per besök, kr	Total kostnad/år
Läkare (bedömning, behandling)	3	5,321	15,963
Stödsamtal, ospecifika insatser	50	2,025	101,250
Psykologbedömning + behandling	3	2,541	7,623
Sjuksköterska (provtagning, medicinering etc.)	30	2,025	60,750
Handledning/teamarbete	10	2,541	25,410
Totalt per patient, kronor	96		210,996
Heldygnsvård	Antal tillfällen/vård dagar	Kostnad per tillfälle, kr	Totala kostnader/år
Akutvård (läkare, övriga insatser)	20	5,321	106,420
Ambulans, mobila team	10	4,400	44,000
Heldygnsvård, psykiatri (läkare, behandling, vård dagar)	30	10,000	300,000
Totalt per patient, kronor	60		450,420

3.1.5 Beskrivning av det önskade läget

3.1.5.1 Lindrig sjukdomsgrad

Vårdförloppet omfattar insatser inom psykiatrisk specialiserad vård vid misstanke om självskadebeteende och bygger på att patienten i tidigt skede ska få en bedömning genom samordnat och professionellt bemötande. Det önskade läget som presenteras har uppdelats på sjukdomens svårighetsgrad. Vid en lindrig sjukdomsgrad beräknas insatserna bestå av klinisk bedömning och behandling som exempelvis stabilisering, patientutbildning, kedjeanalys (som beräknats utifrån psykolog i alla nivåerna) samt provtagning av sjuksköterska. Skillnaden mellan nuläge och det önskade läget är att patienter i det önskade läget tidigt ska erbjudas insatser på ett effektivt sätt. Därmed kommer nulägets antal besökstimmor för stödsamtal och andra ospecifika insatser fördelas på riktade insatser vilket förväntas ge ett effektivare flöde för patienterna.

Den totala besökstiden kan därmed beräknas till 17 timmar inklusive administration, till en total kostnad av cirka 48,241 kronor per patient under ett år.

3.1.5.2 Måttlig sjukdomsgrad

För en patient med måttlig sjukdomsgrad, kan insatserna öka och variera beroende på sjukdomsbilden. En uppskattning av insatserna som kan antas ingå för patienter är bland annat ett ökat antal besökstimmor med psykologisk bedömning och behandling och eventuellt besök hos fysioterapeut. Total besökstid inklusive administrations tid har estimerats till 62 timmar vid måttlig sjukdomsgrad, vilket medför en total kostnad per patient på 172,195 kronor per år, men insatsernas andel av besökstid kan variera beroende på patientens behov av resurser.

Skillnaden mellan nuläge och det önskade läget är att patienter i det önskade läget, utöver stabiliserande insatser, erbjuds evidensbaserad behandling. Nulägets omfattande antal besökstimmor för stödsamtal och andra ospecifika insatser ska i det önskade läget i stor utsträckning ersättas av evidensbaserad behandling vilket förväntas ge ett effektivare flöde för patienterna. Sammanfattningsvis bör detta leda till att försämring till mer omfattande sjukdomsgrad förhindras, samt att återhämtning och höjd funktionsnivå främjas. Detta förväntas leda till att kostnader för heldygnsvård minskar. Total kostnad för heldygnsvård vid måttlig sjukdomsgrad i det önskade läget är mindre 67,703 kronor jämfört med kostnader i nuläget. Minskningen i det önskade läget beror på färre antal vård dagar.

3.1.5.3 Mer omfattande sjukdomsgrad

En patient som har en mer omfattande sjukdomsgrad av självskadebeteende, behöver mer stöd i form av fler insatta resurser från hälso- och sjukvården, vilket leder till ökade kostnader. Den största skillnaden mellan mer omfattande och resterande sjukdomsgrader är att antalet timmar för evidensbaserad behandling förväntas öka. Den totala kostnaden per besök för mer omfattande sjukdomsgrad kan förväntas uppgå till cirka 486,095 kronor med total besökstid på cirka 183 timmar och förväntas även vara högre än resterande sjukdomsgrader på grund av eventuella samsjukligheter.

Skillnaden mellan nuläge och det önskade läget är att patienter, som i nuläget ges omfattande ospecifika insatser och ofta behöver heldygnsvård, istället ges evidensbaserad behandling, med systematisk och kontinuerlig handledning/konsultation till behandlarna. Detta förväntas ge ett effektivare flöde för patienterna. Evidensbaserad behandling ska i regel innebära att patienterna helt behandlas i öppenvård.

Det uppskattas att vid mer omfattande sjukdomsgrad kan antal vårddagar gå upp till 30 timmar för heldygnsvård med totala kostnad på cirka 225,210 i önskat läge.

Sammanfattningsvis förväntas antalet besökstimmar i det önskade läget dubbleras för personer med mer omfattande sjukdomsgrad i jämförelse med nuläget. Denna ökade specialistvård i psykiatrisk öppenvård innebär att flödet av personer som får behandling samtidigt kommer att öka samt en minskning av heldygnsvårdsinsatser. Däremot kommer en del patienter även fortsatt behöva heldygnsvård, varför detta inte bör uteslutas som en möjlig kostnad som tillkommer utöver insatserna som presenteras i vårdförloppet.

Kostnaderna i hälsoanalysen är separerade för att kunna göra jämförelser mellan nuläget och det önskade läget.

Tabell 4. Beskrivning av kostnader i önskat läge per år

Totala kostnader i önskat läge kalkyleras utifrån besökstid, vårdtillfällen/antal vård dagar och multipliceras med personalkostnader per besök.

Lindrig			
Insats	Besökstid inkl. admin (timmar)	Kostnad per besök, kr	Totala kostnader/år
Läkare (bedömning, behandling)	2	5,321	10,642
Stabilisering/patientutbildning/kedjeanalys	12	2,541	30,492
Sjuksköterska (provtagning etc.)	1	2,025	2,025
Handledning/teamarbete	2	2,541	5,082
Totalt per patient, kronor	17		48,241
Måttlig			
Insats	Besökstid inkl. admin (timmar)	Kostnad per besök, kr	Totala kostnader/år
Läkare (bedömning, behandling)	2	5,321	10,642
Stabilisering/evidensbaserad behandling	50	2,541	127,050
Sjuksköterska (provtagning etc.)	2	2,025	4,050
Fast vårdkontakt	5	2,025	10,125
Handledning/teamarbete	8	2,541	20,328
Totalt per patient, kronor	62		172,195
Heldygnsvård	Antal tillfällen/vård dagar	Kostnad per tillfälle, kr	Totala kostnader/år
Akutvård (läkare)	2.5	19,745	13,303
Ambulans, mobila team	1	2,200	4,400
Slutenvård, psykiatri (läkare)	5	12,435	50,000
Totalt per patient, kronor	8.5		67,703
Mer omfattande			
Insats	Besökstid inkl. admin (timmar)	Kostnad per besök, kr	Totala kostnader/år
Läkare (bedömning, behandling)	10	5,321 kr	53,210
Stabilisering/evidensbaserad behandling	140	2,541 kr	355,740
Sjuksköterska (provtagning etc.)	3	2,025 kr	6,075
Fast vårdkontakt	10	2,025 kr	20,250
Handledning/teamarbete	20	2,541 kr	50,820
Totalt per patient, kronor	183		486,095
Heldygnsvård	Antal tillfällen/vård dagar	Kostnad per tillfälle, kr	Totala kostnader/år
Akutvård (läkare)	10	5,321	53,210
Ambulans, mobila team	5	4,400	22,000
Slutenvård, psykiatri (läkare)	15	10,000	150,000
Totalt per patient, kronor	30		225,210

Tabell 5. Sammanfattning av kostnader av insatser och heldygnsvård vid nuläget och det önskade läget

Tabellen nedan sammanfattar hur de uppskattade kostnaderna i det önskade läget är i jämförelse med nuläget.

Svårighetsgrad	Nuläget			Önskat läge		
	Insatser	Heldygnsvård	Totalt	Insatser	Heldygnsvård	Totalt
Lindrig	48,124	0	48,124	48,124	0	48,124
Måttlig	149,890	135,405	285,295	172,195	67,703	239,898
Mer omfattande	210,996	450,420	661,416	486,095	225,210	711,305

4. Referenser

1. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford: Oxford University Press; 2015
2. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. World journal of methodology. 2021;11(4):116-29
3. Niederberger M, Spranger J. Delphi Technique in Health Sciences: A Map. Frontiers in public health. 2020;8:457-
4. Socialstyrelsen. DRG-koder och text socialstyrelsen 2021 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/drg-koder-och-definitioner/>]
5. Sveriges Kommuner och Regioner. KPP databas 2022 [Available from: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatientkpp/kppdatabas.46722.html>]
6. Statistiska central byrån. Lönestatistik – Hur mycket tjänar...? 2022 [cited 20230505. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/Search/?lon=>
7. Sveriges Kommuner och Regioner. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2019, Stockholm 2020 [cited 20230505. Available from: https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f74274e/1615284729580/statistik_om_halso-och_sjukvard_regional%20utveckling%202019.pdf.