



GPM-I: digitalt program för personlighetsrelaterad problematik

- att öppna vårdflöden i personlighetspsykiatri

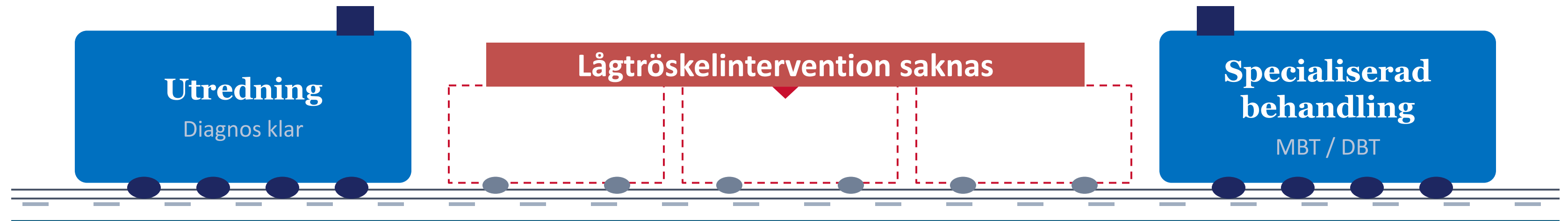
Dan Bengtsson

Specialistpsykolog och doktorand (LNU)

Personlighetsprogrammet, Psykiatri Sydväst (Huddinge sjukhus)

Ett glapp i vårdflödet

- | **Vanligt och funktionsnedsättande.** Hög samsjuklighet, stort lidande, stor samhällskostnad.
- | **Evidensbaserade behandlingar finns.** Men resurskrävande och långa – når bara en minoritet.
- | **Lågtröskelinterventioner saknas som fält.** Inga strukturerade mellansteg.



VÅR LÖSNING · GPM-I (Digital lågtröskelintervention)

FORMAT

Digital vägledad självhjälp

8 veckor · veckovis skriftlig återkoppling

STRUKTUR

Grundmoduler + valbara moduler

Psykoedukation om personlighetsmekanismer

PLATTFORM

Stöd och Behandling

Sveriges nationella digitala vårdplattform

MÅLGRUPP

Personlighetssyndrom

& närliggande problematik · ICD-11

Baserat på GPM-principer, anpassat för digital leverans i ordinarie vård

En arbetsbar modell av PS

Vagnarna kräver en enkel modell

Vårdplan, psykoedukation och problemlösning behöver ett gemensamt sätt att förstå PS.

LIVSOMRÅDEN

Psykiatrisk stabilitet kräver att livsdomänerna fungerar

FÄRDIGHETER & FÖRMÅGOR

Fungerande livsdomäner kräver självfunktion och känsloreglering

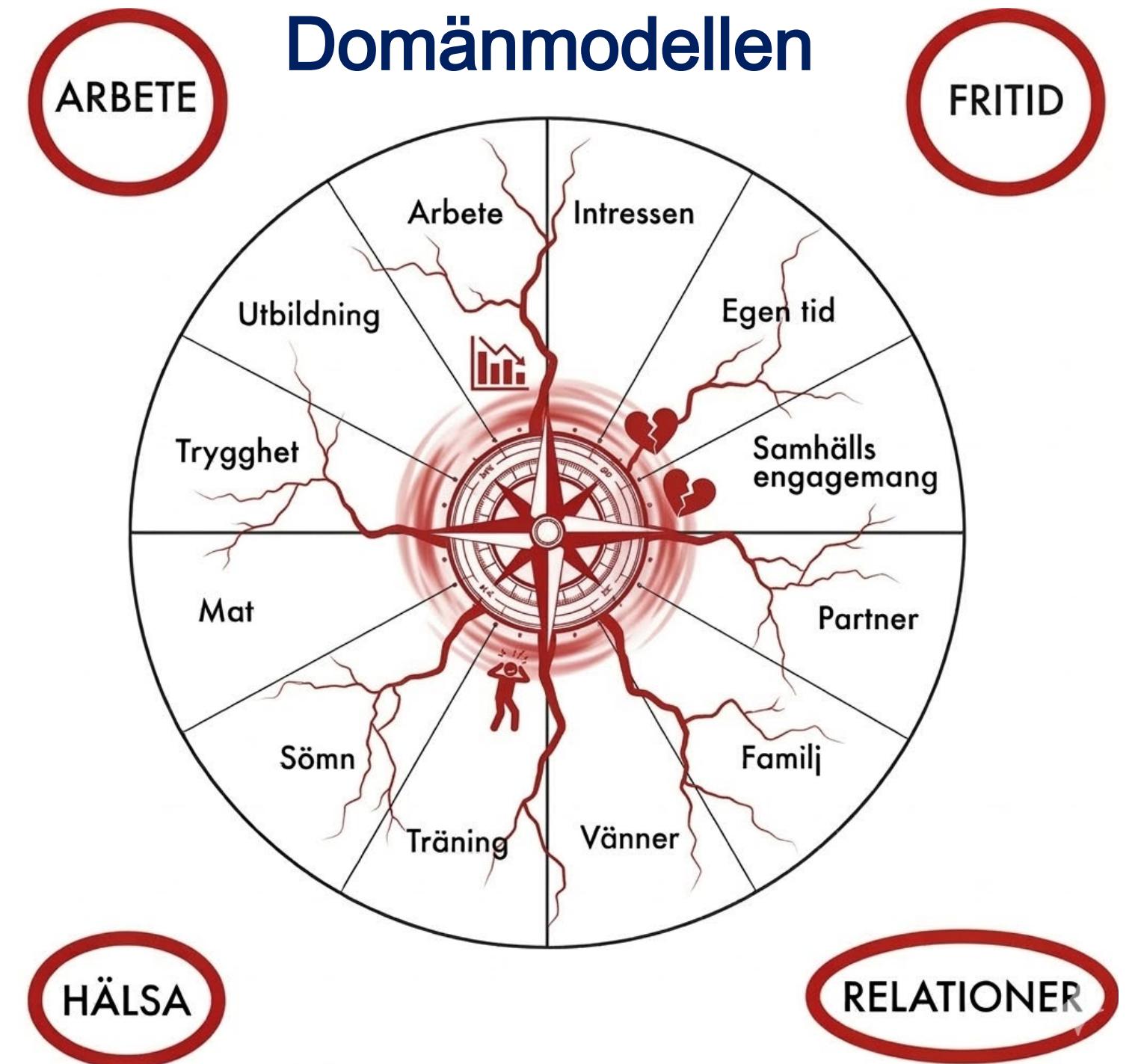
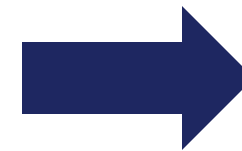
NEDSÄTTNING

PS innebär nedsättning i just dessa förmågor

FUNKTIONSSVIKT

Nedsättningen visar sig som konkret, vardaglig funktionssvikt

Så här förklarar vi PS – enkelt nog att arbeta med.



GPM-I i pilotversion: fungerande format, logik under utveckling

Pilotversion 2023&2024 · senare förfinad till GPM5.0

01

• Standard

Introduktion & grundkoncept

Psykoedukation om personlighetsrelaterade problem, konflikter mellan känslor och mål, och balans.

02

• Standard

Förändring & motivation

Övervinna undvikande och bygga mot meningsfull förändring.

03

• Valbar

Utforska känslor

Identifiera, förstå och uttrycka känslor.

04

• Valbar

Känsloreglering

Strategier för att tolerera och hantera svåra känslor.

05

• Valbar

Självbild & identitet


Reflektion över självuppfattning, värderingar och relationsroller.


06

• Valbar

Verktyg & ramverk

Sammanfattning av strategier, återfallsprevention och plan för fortsatt användning.

 Digital via Stöd och Behandling (SoB)

 1 modul/vecka · 7–10 kapitel/modul

 Skriftlig klinikerrespons 1 ggr/vecka

↓ Lärdomarna från piloten ligger till grund för GPM5.0

Pilotstudie i rutinvård: design och målgrupp

| Studiedesign | | Utfallsmått & kliniska vägar in |
|--------------|--|--|
| Design | Naturalistisk öppen feasibility-studie | Kliniska vägar in i programmet <ul style="list-style-type: none"> · Utredningsenheten · ADHD-/Neuropsykiatriprogrammet · Personlighetsprogrammet · Övriga vårdvägar <hr/> Primära genomförbarhetsutfall <ul style="list-style-type: none"> · Genomförande och fullföljande · Acceptabilitet (CSQ-8) · Negativa effekter (NEQ) <hr/> Sekundära utfallsmått <ul style="list-style-type: none"> · CORE-10 veckovis (mixed-effects model) · Pre/post-mått (DERS, PHQ-9, GAD-7, WHODAS) |
| Setting | Öppenvård psykiatri, Psykiatri Sydväst | |
| Rekrytering | Aug 2023 – Dec 2024 | |
| N | 131 erbjudna → 78 påbörjade | |

DIAGNOSTISKA GRUPPER

Personlighetssyndrom

ICD11-personlighetsdiagnos

Personlighetsproblem

Subtröskel / samsjuklighet

Närliggande problem

Känsloreglering, ADHD-överlapp



Resultat

Acceptabilitet, genomförande och explorativa utfall per diagnostisk grupp

Tabell 1. Acceptabilitet och genomförande

| Mått | <i>n</i> | % |
|--|----------|------|
| Påbörjade programmet (≥ 1 modul) | 78 | 59,5 |
| Standardprogram fullföljt (M 1–2) | 40 | 51,3 |
| Alla moduler fullföljda (1–6) | 13 | 16,7 |
| CSQ-8 nöjdhet | 28 | 85,7 |
| Villig att återvända | 28 | 78,6 |
| Hjälpte hantera mer effektivt | 28 | 67,9 |
| ≥ 1 negativ effekt (NEQ) | 25 | 32,1 |

Not. Procent avser andel av 78 påbörjade, om inget annat anges. Påbörjade programmet avser 78/131 erbjudna. CSQ-8: *n* = 28 svarande. NEQ: *n* = 27 svarande; 25 rapporterade ≥ 1 negativ effekt.

Tabell 2. Explorativa pre \rightarrow post-utfall per diagnostisk grupp

| Mått | PD-grupp (<i>n</i> = 9) | | | PSP-grupp (<i>n</i> = 15) | | | MDG-grupp (<i>n</i> = 22) | | |
|---------|--------------------------|--------|----------|----------------------------|--------|----------|----------------------------|--------|----------|
| | Pre M | Post M | <i>d</i> | Pre M | Post M | <i>d</i> | Pre M | Post M | <i>d</i> |
| DERS-16 | 53,67 | 47,67 | -0,58 | 56,53 | 52,33 | -0,24 | 52,86 | 50,86 | -0,13 |
| BSL-23 | 1,43 | 1,27 | -0,24 | 1,46 | 1,25 | -0,25 | 1,46 | 1,50 | +0,05 |

Not. Värden visas som M. *d* = Cohen's *d* (pre-SD). Negativt *d* = förbättring för båda måtten. PD = personlighetssyndrom, PSP = personlighetsproblem, MDG = blandad diagnosgrupp.

Programmet gick att leverera, men logiken behövde skärpas

Tre lärdomar från piloten: lättare, mer sammanhängande och mer skalbart

LÄRDOM 01 · BALANSERING

Programmet strukturellt överbelastat

—
Två kärnmoduler bar för mycket innehåll.
Fyra tillvalsmoduler nådde för få.

4 moduler blir hela programmet.

LÄRDOM 02 · TEORETISK RYGGRAD

Programmet saknade en teoretisk förankring

—
GPM-informerat är inte detsamma som
GPM-förankrat. Psykoeducationen fanns
där, men var för löst kopplad.

*Hypersensitivitetsmodellen blir
ryggraden.*

LÄRDOM 03 · GENOMFÖRBARHET

Genomförandet fungerade i klinisk vardag

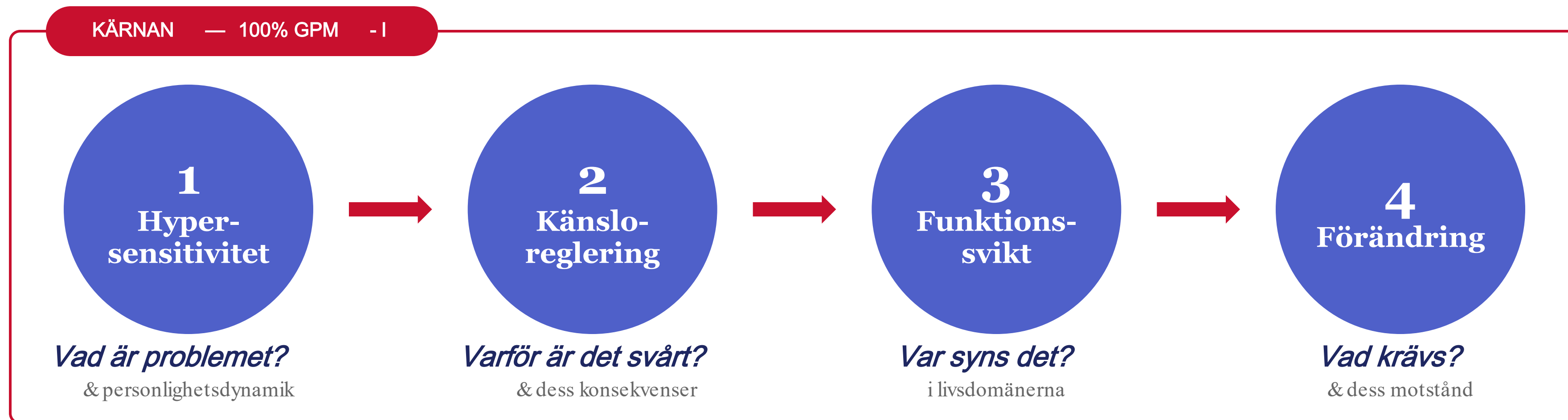
—
Programmet kunde levereras av ordinarie
klinisk personal. Men för att skalas
behövde formatet bli enklare och mer
robust.

*Grunden bär, men formatet
behövde förfinas.*

SLUTSATS Detta ledde fram till → **GPM-I 5.0**

Nya GPM-I — en sammanhållande rörelse

Fyra moduler som bygger på varandra och tillsammans aktiverar hypersensitivitetscykeln



+ VALFRI AVANCERAD FÖRDJUPNING *för djup till grundmodulerna — inte nytt innehåll*

Fördjupning om känslor

Känsloreglering

Självbild

Modeller och verktyg

Gör din förändringsplan

10

Hypersensitiviteten förklarar inte bara problemen

— den förklarar också varför förändring är svår.

Från programlogik till vårdflöde

GPM-I kan stärka lågtröskelnivån

Varför lågtröskelnivån behöver stärkas

Lågtröskelnivån behöver fler verktyg

GPMI ersätter inte andra insatser, men kan ge tidig struktur, psykoedukation och riktning.

Många fastnar i glappet idag

Identifierade och bedömda, men utan tydlig nästa nivå. Varken basnivå eller specialistnivå tar emot dem meningsfullt.

Triagering kräver något att triagera till

När en strukturerad lågtröskelnivå finns kan patienter följas, sorteras och lotsas vidare mer träffsäkert.

Specialiserad behandling

MBT • DBT • GPM-grupp

För hög komplexitet och större behandlingsbehov

GPM-baserad mellannivå

Individuell GPM • kortare kontakt • funktionsmål

För kvarstående behov

Lågtröskelinsatser

GPM-I • psykoedukation (PNU) • vårdplan • krisplan • problemlösning

Fångar upp många • hjälper vissa • lotsar rätt vidare

Färre vidare. Mer rätt vidare.

När lågtröskelnivån fungerar behöver färre gå vidare, och rätt patienter går vidare.



Vägen genom vården är också kliniskt arbete

Specialistvården stärks när patienten kommer vidare med språk, riktning och rimliga förväntningar.

Från administration i övergångarna → terapeutiskt arbete i övergångarna

Bara behandling räcker inte

Terapeutiskt arbete i separata öar,
utan sammanhängande vårdprocess

↗ Dit vi behöver röra oss

Målet: kliniskt processarbete

Orientera • kalibrera • lotsa vidare • avsluta
Ansvar • motivation • förväntningar • vägval
Rätt patient vidare, bättre förberedd.

Bara sortering räcker inte

Remisser, triagering och väntan

Bara process räcker inte

Nivåer och flöde utan
klinisk bearbetning i övergångarna

Från isolerad behandlingsinsats → sammanhängande vårdprocess

Rätt hjälp tidigt. Rätt vägval. Bättre behandling senare.

Tack!

Anmälan och läs mer om GPIM

internetpsykiatri.se/behandling/personlighetsproblem

Kontakt:

dan.bengtsson@lnu.se



@GPMPSYKOLOGEN