Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott

§206

Psykisk hälsa (Beslut enligt delegation)

RS160734

Beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskottet beslutar att

• Ge Driftnämnden Psykiatri uppdrag att under 2017 – 2019 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen *Psykisk hälsa*. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaderna för delprojektledare räknas in i utvecklingsinsatserna.

Ge Driftnämnden Närsjukvård i uppdrag att under 2017-2019 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen *Psykisk hälsa*. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaden beräknas till 1,6 Mkr uppdelat på det destinerade statsbidraget överenskommelsen psykisk hälsa och på det riktade destinerade statsbidraget barn och unga.

Ge Driftnämnden Ambulans, Diagnostik och Hälsa i uppdrag att under 2017-2018 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen *Psykisk hälsa-ungdomsmottagningar*. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaderna för delprojektledare räknas in i utvecklingsinsatserna.

Ge Regionkontoret Hälso- och sjukvård uppdrag att 2017 – 2019 det övergripande ansvaret inkl. samordna och projektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen *Psykisk hälsa*. Arbetet ska samordnas med berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi. Kostnaden beräknas till 1,6 Mkr.

Finansiering 2,4 Mkr sker med för ändamålet destinerade statsbidrag (totalt 8 Mkr 2017) och det särskilt destinerade statsbidraget för barn och unga 800 Tkr (totalt 7,8 Mkr)

Ärendet

Syftet med överenskommelsen är att fortsätta skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer med målsättningen att befolkningen ska erbjudas behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser, som medicinsk behandling och sociala insatser.

Utvecklingsinsatser initieras nu inom psykiatri vuxen öppenvård slutenvård och inom barn och unga öppenvård, slutenvård samt för ungdomsmottagningarna. Detta sker i nära samverkan med Närsjukvården och berörda förvaltningar där länets kommuner involveras.

En länsgemensam handlingsplan *Psykisk hälsa Halland* har tagits fram.

Förslag till beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskottet beslutar att

• Ge Driftnämnden Psykiatri uppdrag att under 2017 – 2019 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen *Psykisk hälsa*. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaderna för delprojektledare räknas in i utvecklingsinsatserna.

Ge Driftnämnden Närsjukvård i uppdrag att under 2017-2019 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen *Psykisk hälsa*. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaden beräknas till 1,6 Mkr uppdelat på det destinerade statsbidraget överenskommelsen psykisk hälsa och på det riktade destinerade statsbidraget barn och unga.

Ge Driftnämnden Ambulans, Diagnostik och Hälsa i uppdrag att under 2017-2018 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen *Psykisk hälsa-ungdomsmottagningar*. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaderna för delprojektledare räknas in i utvecklingsinsatserna.

Ge Regionkontoret Hälso- och sjukvård uppdrag att 2017 – 2019 det övergripande ansvaret inkl. samordna och projektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen *Psykisk hälsa*. Arbetet ska samordnas med berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi. Kostnaden beräknas till 1,6 Mkr.

Finansiering 2,4 Mkr sker med för ändamålet destinerade statsbidrag (totalt 8 Mkr 2017) och det särskilt destinerade statsbidraget för barn och unga 800 Tkr (totalt 7,8 Mkr)

Beslutsunderlag

- Överenskommelse psykisk hälsa Region Halland
- Bilaga 1 Länsgemhandl.plan
- Bilaga 2 Ök Psykisk hälsa 2017
- Bilaga 3 Rapport Genomlysning av framtidens psykiatri
- Bilaga 4 PSH beställardialogen 2018

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum	Diarienummer
2017-11-01	RS160734

Regionkontoret
Regional hälso och sjukvårdssamverkan
Maria Nilsson
Strateg

Regionstyrelsens hälso och sjukvårdsutskottet

Psykisk hälsa

Förslag till beslut

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att

• Ge Driftnämnden Psykiatri uppdrag att under 2017 – 2019 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen Psykisk hälsa. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaderna för delprojektledare räknas in i utvecklingsinsatserna.

• Ge Driftnämnden Närsjukvård i uppdrag att under 2017-2019 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen Psykisk hälsa. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaden beräknas till 1,6 Mkr uppdelat på det destinerade statsbidraget överenskommelsen psykisk hälsa och på det riktade destinerade statsbidraget barn och unga.

• Ge Driftnämnden Ambulans, Diagnostik och Hälsa i uppdrag att under 2017-2018 koordinera och delprojektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen Psykisk hälsa- ungdomsmottagningar. Arbetet ska samordnas med övriga berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi, samt med Regionkontoret som har det övergripande ansvaret för överenskommelsen. Kostnaderna för delprojektledare räknas in i utvecklingsinsatserna.

• Ge Regionkontoret Hälso- och sjukvård uppdrag att 2017 – 2019 det övergripande ansvaret inkl. samordna och projektleda insatser inom ramen för den nationella överenskommelsen Psykisk hälsa. Arbetet ska samordnas med berörda förvaltningar och vårdgivare i privat regi. Kostnaden beräknas till 1,6 Mkr

Finansiering 2,4 Mkr sker med för ändamålet destinerade statsbidrag (totalt 8 Mkr 2017) och det särskilt destinerade statsbidraget för barn och unga 800 Tkr (totalt 7,8

Mkr)

Sammanfattning

Syftet med överenskommelsen är att fortsätta skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer med målsättningen att befolkningen ska erbjudas behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser, som medicinsk behandling och sociala insatser.
Utvecklingsinsatser initieras nu inom psykiatri vuxen öppenvård slutenvård och inom barn och unga öppenvård, slutenvård samt för ungdomsmottagningarna. Detta sker i nära samverkan med Närsjukvården och berörda förvaltningar där länets kommuner involveras
En länsgemensam handlingsplan Psykisk hälsa Halland har tagits fram. (Bilaga 1)

Bakgrund

Psykiatri och psykisk hälsa har de senaste åren varit en av statens mest prioriterade frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet.
Staten och SKL har en gemensam målsättning om psykisk hälsa åt alla och att arbetet ska utformas med hänsyn tagen till regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. (Bilaga 2) För det krävs att befolkningen erbjuds behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser som medicinsk behandling och sociala insatser. Sådana insatser ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga.
Staten och SKL är eniga om behovet av ett uthålligt och långsiktigt hållbart arbete med att stärka strukturer för utveckling och kunskapsstyrning inom området psykisk hälsa. Arbetet ska baseras på ett gemensamt ansvarstagande i ordinarie strukturer, för att skapa förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap.
Ett ytterligare syfte med denna överenskommelse är att skapa förutsättningar för ett systematiskt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa. För att möta behoven hos befolkningen är det avgörande att göra breda analyser av befolkningens behov för att möjliggöra både ett effektivt arbete med att förebygga psykisk ohälsa och att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet. Det krävs också tillgång till kunskap om metoder och arbetssätt samt förutsättningar för en ändamålsenlig implementering av den kunskapen för att ge rätt insatser, på rätt sätt och i rätt tid.

I Region Halland gjordes en genomlysning av Psykiatrin där slutrapport rapporterades 2016. (Bilaga 3)
Utifrån genomlysningen har Psykiatri ledningsgrupp inkommit med åtgärdsförslag. (Bilaga 4)
Regionkontoret Hälso- och sjukvård har tillsammans med Psykiatrins ledningsgrupp identifierat insatsbehov och utvecklingsinsatser utifrån genomlysningen och de inkomna åtgärdsförslagen. Inkomna handlingsplaner från verksamheterna psykiatri öppenvård och psykiatri barn och unga ligger till grund för tjänsteskrivelsernas utvecklingsinsatser inom överenskommelsen Psykisk hälsa.

Regionkontoret Hälso- och sjukvård kommer att stödja Psykiatri med utvecklingsinsats för Särskilt vårdkrävande patienter som ligger utanför överenskommelsen Psykisk hälsa.

Sammanställning över Region Halland utvecklingsinsatser överenskommelsen Psykisk hälsa. 2017 – 2019

Samordnings och koordineringsansvar
Projektledare 100 % ÖK Psykisk hälsa 2018 – 2019 Regionkontoret Hälso- och sjukvård

Delprojektledare ÖK Psykisk hälsa 2018 – 2019 Närsjukvård
vuxna 50 %
barn och unga 50 %

Gruppledare; psykiatri vuxen och barn och unga Psykiatri
Gruppledare; Ungdomsmottagningarna Ambulans, Diagnostik och Hälsa

Psykiatri Vuxna
Standardiserat vårdförlopp och process för vuxna med ADHD, gruppledare 50 %
Standardiserat vårdförlopp och process för vuxna med depression fas 1, gruppledare 50 %
Kliniskt patientbaserad uppföljning, gruppledare 20 %

Psykiatri Barn och Unga
En väg in för barn och unga med psykisk hälsa i Region Halland fas 1, gruppledare 50 %
Standardiserat vårdförlopp och process för barn och unga med ADHD, gruppledare 25 %
Dialektisk beteendeterapi (DBT) för särskilt vårdkrävande patienter inom barn och ungdomspsykatrin i Region Halland fas 1, gruppledare 20 %

Ungdomsmottagningar
Gruppledare 20 %
Kompetenshöjande insatser kuratorer
Kompetenshöjande insatser barnmorskor
Utredning virituell ungdomsmottagning

Regionkontoret

Catarina Dahlöf
Regiondirektör

Haleh Lindqvist
Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör

Bilaga:

1. Analys och handlingsplan psykisk hälsa 2017 Halland

2. Nationell överenskommelse: Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017

3. Rapport Genomlysning Psykiatrin i Region Halland

4. Åtgärdsförslag Psykiatri

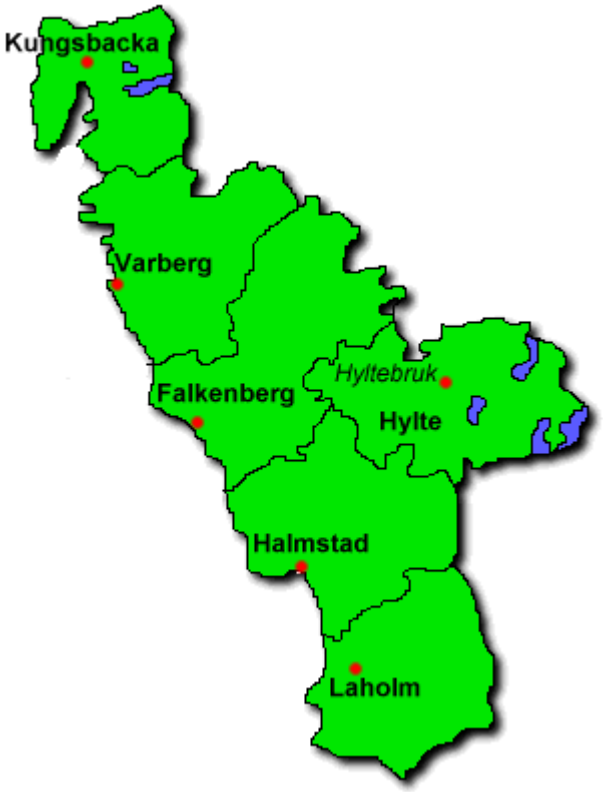
Beslutet ska skickas till

Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till

Länsgemensam

Analys och handlingsplan

Psykisk hälsa 2017



Hallands län

Innehåll

Inledning 2

Organisering av uppdraget 2

Brukarinflytande 3

Underlag för länsgemensamma analyser 4

Länsgemensamma aktiviteter 5

Utbildning inom Vård- och stödsamordning i Halland 5

Missbruk/beroende–samsjuklighet 6

Utbildningssatsning ”Från individ- till familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården” 7

Barn som anhöriga 8

Våldsutsatta kvinnor och barn 9

Välmående ger resultat 10

Fokusområde 1: Förebyggande och främjande arbete 11

Fokusområde 2: Tillgängliga tidiga insatser 12

1. Utveckling av webbkommunikation vad gäller barn och ungas psykiska hälsa . 12

2. Införande av digitaliserade former för patienter inom den vuxenpsykiatriska öppenvården. 13

3. Gemensam väg in för barn och unga som söker för psykiska besvär 13

4. Flexibla utredningsinsatser för barn och unga i syfte att minska väntetider och öka tillgängligheten 14

Fokusområde 3: Enskildas delaktighet och rättigheter 14

Fokusområde 4: Utsatta grupper 16

1. Anhöriga 16

2. Implementering av IBIC 17

3. Barn och unga inklusive asylsökande 17

4. Behandling av depression 18

5. Äldre 18

6. Unga med självskadebeteende 19

Fokusområde 5: Ledning, styrning och organisation 19

1. Samverkan: Sammanhållen vårdkedja utifrån individuella behov för personer med psykisk ohälsa 19

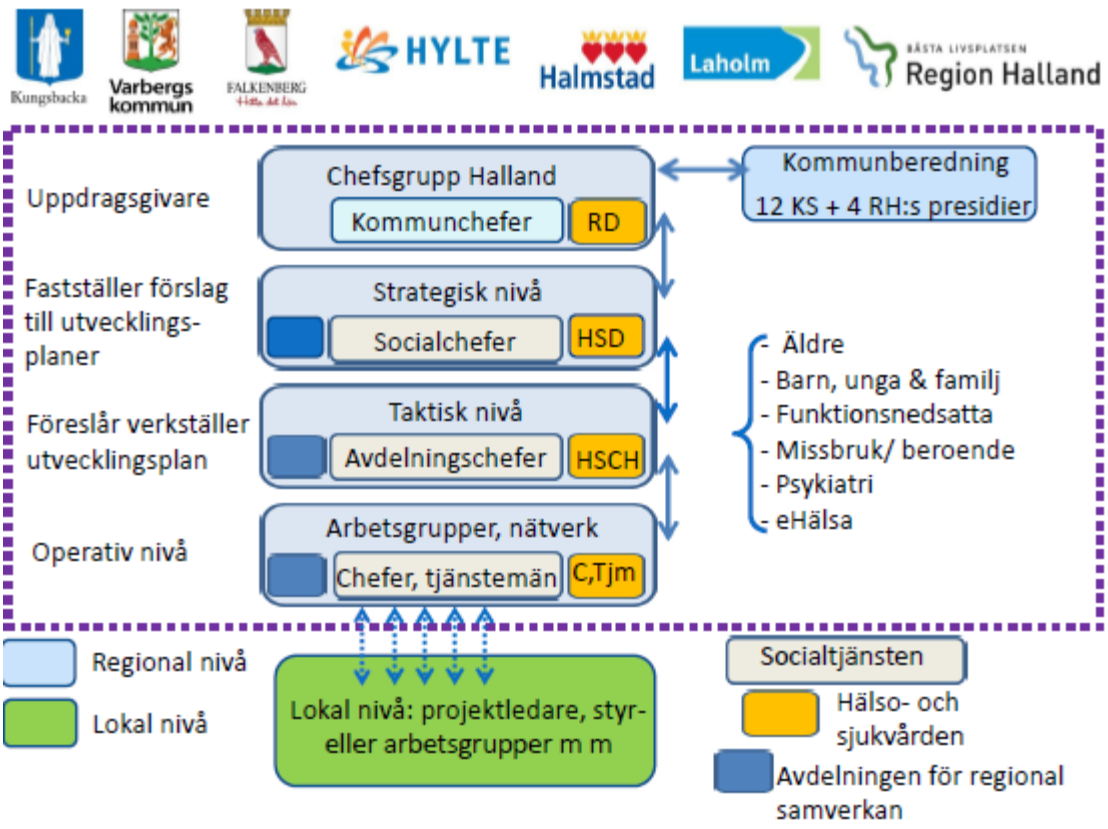
2. Ledning och styrning i kommunerna 20

Fortsatta prioriteringar och vägval 21

Inledning

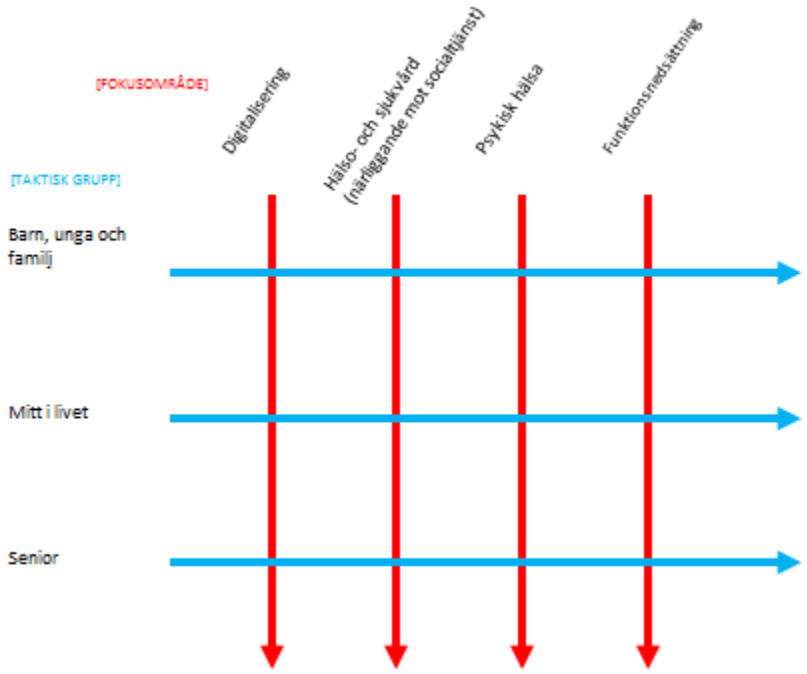
Organisering av uppdraget

Den regionala samverkans- och stödstrukturen för socialtjänst och hälso- och sjukvård i Halland har tom 2017-10-15 inbegripit sex olika programområden: Äldre, Barn, unga och familj, personer med funktionsnedsättning, Missbruk/beroende, Psykiatri samt eHälsa.



De taktiska grupperna består av verksamhetschefer från samtliga huvudmän. I grupperna diskuteras gemensamma utvecklingsfrågor. Strategisk nivå gav under våren 2016 Taktisk grupp Psykiatri i uppdrag att samordna arbetet med den länsgemensamma analysen och handlingsplanen. Diskussioner har förts i samtliga taktiska grupper om den nationella överenskommelsen och det länsgemensamma arbetet.

En särskild samverkansgrupp, den s.k. ”7-gruppen” har tillsatts. I gruppen ingår en kontaktperson från varje kommun, en från Region Halland samt en brukarrepresentant (se bilaga 2). Gruppen sammankallas och stöds av personal från Regionkontoret; Avdelningen för regional hälso- och sjukvårdssamverkan. Gruppens främsta uppdrag har varit att koordinera och kontinuerligt stämma av pågående arbete hos respektive huvudman.



2017-10-15 övergår den regionala samverkans- och stödstrukturen till en ny organisation enligt bilden ovan.

Kontaktpersonerna i 7-gruppen har på hemmaplan fört samman representanter från olika verksamheter för gemensamma analyser och diskussioner rörande vad som bör prioriteras i det fortsatta utvecklingsarbetet. Analyserna och de behov som utkristalliserats har sedan presenterats och diskuterats i 7-gruppen.

I de kommunala analyserna har representanter deltagit från bland annat följande verksamheter:

Missbruk/beroende, barn och familj, socialpsykiatri inklusive daglig verksamhet och boendestöd, ekonomiskt bistånd, elevhälsan, förskola, skola och utbildning, äldreomsorg, funktionshinder, folkhälsa, samverkansorganisationen NEDI (i Kungsbacka), utbildning och arbetsmarknad, BUP, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, polismyndighet och fritidsverksamheter.

Brukarinflytande

En brukarrepresentant från NSPH deltar i 7-gruppens arbete. Förslaget till Analys och handlingsplan 2017 skickades ut 2017-09-11 och 2017-09-19 bjöds brukarorganisationerna in för ett informations- och dialogmöte tillsammans med representanter för kommuner och region. Deltagarna representerade följande organisationer/verksamheter:

- NSPH Halland
- Hallandsrådet (Psykiatri)
- Regionhandikapprådet
- Brukarrådet i Halland (Missbruk/beroende)

Brukarorganisationer och kommun- och regionrepresentanter är eniga om att en gemensam och central fråga är hur formerna för brukarmedverkan och inflytande ska se ut inom den regionala samverkans- och stödstrukturen.

Under dialogmötet gavs följande synpunkter:

- Vad blev effekterna av tidigare PRIO-medel? Viktigt med uppföljning och att fullfölja tidigare insatser.
- SIP måste fungera!
- Information och statistik om psykisk hälsa bland äldre efterlyses. Viktig och i många fall eftersatt målgrupp.
- Fokus på individen i centrum ska alltid vara vägledande.
- Tillgängligheten inom psykiatrin varierar mellan olika kommuner och verksamheter – det ska vara jämlikt för alla.
- Utbildningsinsatser för unga med psykisk ohälsa för att klara av skolan behövs.
- Olika åldersgränser för unga inom BUP, ungdomsmottagning, socialtjänst etc försvårar för samverkan.
- Former för brukarinflytande behöver tydliggöras.
- Utbildningsinsatser för anhöriga och brukare behövs.

Hallandsrådet har i skrivelse efter dialogmötet påtalat att det varit för dålig dialog med brukarorganisationerna. Man påtalar att det var för kort tid att hinna lämna ett fullständigt yttrande. Hallandsrådet ger dock synpunkter gällande:

- Priosatsningen har genomförts med många utbildade deltagare. Vi efterlyser konkret mätning på antal SIP ar som genomförts i de olika kommunerna. En uppföljning är av stor vikt för att mäta resultat.
- Vid undersökningen genomlysning av psykiatrin så redovisas att brukaren i södra delen av Halland (Hylte) träffar psykiatrin i genomsnitt 5.6 ggr per år. Motsvarande siffra i Kungsbacka är 1.6 ggr per år. Vi måste söka skapa likvärdig vård eller möjlighet i hela länet.
- Efterlyser större möjligheter att träffa vården i Kungsbacka, dagvårdsmottagning önskas, mellanvårdsboende vore önskvärt.
- Psykiatriteam vid dygnets alla timmar, då normal vård stänger efter kontorstid.
- Utbildningsinsatser för unga med psykisk ohälsa
- Utbildning för brukare och anhöriga

Underlag för länsgemensamma analyser

Det är värt att notera att vid jämförelser mellan de halländska kommunerna, över t.ex. bestämningsfaktorer för folkhälsa, varierar bilden rätt mycket mellan kommunerna. Andelen riskkonsumenter av alkohol är 50 % högre i Kungsbacka jämfört med Hylte. Andelen arbetslösa är däremot hälften så hög i Kungsbacka som i Halmstad. Den självskattade hälsan är högst i Kungsbacka, som också har lägst ohälsotal (räknat i sjukdagar). Andelen som

uppger nedsatt psykiskt välbefinnande är högst i Halmstad och lägst i Hylte. Hylte har också lägst förbrukning av lugnande/sömnmedel. Högst är förbrukningen i Halmstad.[1] Bland de underlag som använts i den länsgemensamma analysen märks bland annat:

- *Förstudie: Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och integrerade arbetsformer/metoder*
- *Hälso- och sjukvårdsstrategi för Halland*
- *Faktaunderlag: Nuläge och trender juni 2016*
- *Inventering av personer med psykiska funktionshinder – Rapport Halland plus sex kommunrapporter 2015*
- *Länsgemensamt stöddokument – Vård- och stödsamordning i Halland 2016*
- *Mål- och handlingsplan 2016-2018 Regional samverkans- och stödstruktur i Halland*
- *Plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa - PRIO handlingsplan 2016-2017*

För en mer komplett redovisning av använda underlag hänvisas till Bilaga 1.

Länsgemensamma aktiviteter

Inom ramen för den regionala samverkans- och stödstrukturen anordnas många insatser som rör personalens kompetensutveckling. Detta kommer att fortsätta även kommande år. Planeringen innefattar exempelvis utbildning rörande: samsjuklighet beroende/psykiatri, familjeorienterat arbete vid missbruk i familjen, bemötande av personer med psykiska funktionshinder i samband med myndighetsutövning, MI-samtal vid våld i nära relationer, Asperger, autism, ADHD, ångest, depression, PTSD samt självskadebeteende.

Psykisk ohälsa har fått en ökande uppmärksamhet under senare år på alla nivåer i samhället. I Hallands län pågår ett gemensamt utvecklingsarbete inom följande områden:

Utbildning inom Vård- och stödsamordning i Halland

Målsättning: ett första länsgemensamt delmål i arbetet är att alla befintliga patienter med psykosrelaterad diagnos och behov får och/eller erbjuds en vård- och stödsamordnare före 2018 års utgång.

Ett långsiktigt mål är att alla patientgrupper som kan vara aktuella får och/eller erbjuds en vård- och stödsamordnare.

Syftet med utbildningssatsningen i Vård- och stödsamordning är att ge en gemensam kunskapsbas till personal inom psykiatrin i Region Halland och socialtjänsten i de halländska kommunerna, i deras samverkan kring vård och stöd till personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Syftet är även att verksamheterna inom kommunerna och regionen ska arbeta med integrerad psykiatri.

[1] Kolada.se, Öppna Jämförelser Folkhälsa 2014, Nationella folkhälsoenkäten, scb.se
Se vidare Bilaga 3

Målgruppen för utbildningen är personal inom psykiatri och socialtjänst inklusive handläggare, läkare och första linjens chefer som arbetar med brukare/patient (ca 300 personer i länet totalt). Antalet platser är fördelade utifrån behovet i respektive kommun/psykiatrin och varje huvudman får ett mindre antal platser att fylla per kursomgång. Därigenom blir det en mix av deltagare under varje kurs vilket är en del av samverkansarbetet. Fördjupningsutbildning sker för personal som genomgått grundutbildningen och som fått i uppdrag att handleda övrig personal och utveckla arbetssättet vård- och stödsamordning. Det innebär ett fåtal personer från respektive kommun och psykiatrin.

En särskild implementerings- och kommunikationsplan har tagits fram för att tydliggöra implementeringen av arbetssättet i hela Halland. Målet med att införa arbetsmodellen integrerad psykiatri i form av vård- och stödsamordning med resursgruppsarbetet i Halland är främst att öka den enskildes livskvalitet och öka dennes möjlighet till inflytande och självbestämmande över sin situation i de fall där den enskilde bedöms vara i behov av insatser från både hälso- och sjukvården samt socialtjänst.

Vård- och stödsamordning med resursgruppsarbete skapar en struktur för samverkan och ger den enskilde möjligheten att få ett ökat inflytande över sin vård, behandling, rehabilitering och stöd i sin återhämtning. Samverkan skapar en effektivare process och en förståelse för respektive huvudmans uppdrag. Ambitionen är att minska antalet dagar i slutenvård samt att förebygga återinläggningar. Det länsgemensamma arbetet med införande av integrerade vårdformer fortlöper under 2017- 2019 enligt plan. Fler utbildningsplatser inom Vård och stödsamordningsutbildning har köps in från hösten 2017 och samtliga kommuner och psykiatrin har skrivit avtal om fortsatt utbildning.

Missbruk/beroende–samsjuklighet

Målsättningen är en förstärkning av närsjukvårdens roll och verksam behandling för personer med samsjuklighet.

Vården av personer med missbruk/beroende och psykiatrisk samsjuklighet skall enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården ske parallellt och integrerat, i samspel mellan psykiatriska vårdinsatser och socialtjänstens rehabiliterande, habiliterande och stödjande insatser.

Integrerade vårdkedjor mellan länets kommuner, närsjukvård, psykiatrisk beroendevård samt brukarorganisationer byggs nu upp i Halland i samverkan mellan huvudmännen.

Ansvarsgränser klargörs i ”Regional överenskommelse – Insatser till vuxna och ungdomar med riskbruk/missbruk/beroendeproblem och till deras närstående”, antagen av strategisk nivå 2015.

- En beroendeavdelning med tolv vårdplatser och planering för fyra platser för tillnyktring startade på Varbergs sjukhus i september 2016. Tillnyktringsplatserna har ännu ej öppnats.

- Öppenvårdsteam i samverkan mellan huvudmännen har inrättats för Halmstad/Hylte/Laholm och Kungsbacka. Där ska behandlingsinsatser ske parallellt och integrerat. Planering pågår i Falkenberg och Varberg.

Närsjukvården har ett viktigt uppdrag som basverksamhet när det gäller patienter med beroendeproblematik. Identifiering, råd och stöd samt uppföljning är några av de uppgifter som åligger närsjukvården. Här krävs bra instrument och metoder. Kunskap och samverkan med andra aktörer i beroendekedjan är viktig för att veta vilka resurser som finns, och kunna slussa vidare om närsjukvårdens insatser bedöms vara otillräckliga. Målsättningen är att varje vårdcentral i Region Hallands regi ska ha en kontaktperson, lämpligen en sjuksköterska, som har ett särskilt uppdrag kring detta område och arbetar i samverkan med andra vårdcentraler. Arbete pågår med att utveckla processer och rutiner.

Inom närsjukvården finns även TILMA, som vänder sig till personer med läkemedelsberoende. TILMA bidrar med kompetens och rådgivning till vårdcentraler och i viss mån även slutenvård.

Närsjukvården har ett uppdrag att starta sprututbytesverksamhet i länet, och mottagningarna ska ligga i anslutning till vårdcentraler. I Halmstad och Varberg har mottagningar öppnats och innan årsskiftet ska det finnas mottagningar i fler kommuner.

Utbildningssatsning ”Från individ- till familjeperspektiv inom missbruks- och beroendevården”

Målsättningen är att utveckla former för ett adekvat stöd till barn och föräldrar inom missbruks- och beroendevården.

I samverkan med taktisk grupp Barn, unga och familj har utbildningen ”Från individ till familj” genomförts under våren 2016 – våren 2017. Syftet har varit att stärka barn- och föräldraperspektivet hos de som i sitt arbete möter familjer där det förekommer missbruk. Programmet har genomförts i varje kommun för sig och alla kommuner i Halland har deltagit. En uppföljningsdag per kommun är inplanerad under hösten 2017. En länsgemensam konferensdag på temat ”Familjeorienterat arbete i familjer med missbruk” genomförs 16 november 2017 med Peter Hagberg från Implementeringsverket och Frid Hansen, psykolog från Borgenkliniken i Norge.

Inom ramen för den beroendevårdkedja som är under uppbyggnad i samverkan mellan länets kommuner och Region Halland ska ett fortsatt utvecklingsarbete göras kring barn som anhöriga och deras föräldrar. Inte minst ska de stödgruppsverksamheter som finns för barn i missbruksmiljö knytas närmare till vårdkedjans olika delar. Föräldraperspektivet innefattar både den som själv är beroende och den som är anhörig. Utvecklingsarbetet sker i samverkan med Brukarrådet Halland (missbruk och beroende).

Barn som anhöriga

Målsättning: att genom ökad samordning, nya arbetsformer på ett bättre sätt nå barn och unga som anhöriga.

Taktisk grupp barn, unga och familj har ett uppdrag från strategisk nivå att starta ett utvecklingsarbete för barn som anhöriga. Utgångspunkten är den lagstadgade skyldigheten för hälso- och sjukvården att se till barns behov av råd, stöd och information om barnets förälder eller en annan vuxen som barnet bor tillsammans med:

- har en psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning
- har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada
- är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel
- oväntat avlider

Socialtjänsten har motsvarande skyldigheter sedan tidigare, men också här har bestämmelserna förstärkts och utvecklingsarbetet omfattar även socialtjänstens insatser.

Det är många barn och unga som växer upp i familjer där det finns problem med missbruk, psykisk ohälsa eller våld. Dessa barn löper högre risk att själva utveckla såväl psykisk som fysisk ohälsa jämfört med andra barn. Det är därför mycket viktigt att dessa barn uppmärksammans och får ett bra stöd för att inte utveckla ohälsa. Det finns ett samband mellan den information och stöd barnet fått och framtida hälsa. Stödet för barn i dessa situationer varierar starkt i landet.

Ett större utvecklingsarbete pågår gällande stöd till barn som anhöriga inom hälso och sjukvården i Halland. Det saknas bl.a. rutiner, metoder, arbetsformer och information för att uppmärksamma barn som är anhöriga utifrån § 2g i hälso- och sjukvårdslagen.

Samverkansformer med andra verksamheter som möter barn och föräldrar som socialtjänst, skola, barnhälsovård m.fl. är centrala för att kunna ge ett så effektivt och tidigt stöd som möjligt till målgruppen. I Halmstad planeras en förstärkning av stödgruppsverksamheten för barn med föräldrar med missbruk/beroende – psykisk ohälsa. Det länsgemensamma utvecklingsarbetet ska också kopplas samman med det arbete och de insatser som kommer att starta i hälso- och sjukvården rörande våld i nära relationer och med den föräldrastödsutbildning som pågår inom socialtjänsten i kommunerna.

Laholm arbetar tillsammans med skolan och elevhälsan i ett gemensamt projekt att upptäcka barn och ungdomar som lever i familjer med missbruksproblematik, psykisk ohälsa eller våld. Filmen ”Hej, det var längesen” visas bland 5:e klasser i kommunen. Filmen har tagits fram lokalt i Halland av unga personer med egen erfarenhet av att leva i familjer med missbruk och har samfinansierats av NBV (Nykterhetsrörelsens bildningsförbund), Region Halland och Länsstyrelsen i Hallands län.

En viktig utvecklingsfråga i Kungsbacka är hur arbetet kan ske med barnens anhörigperspektiv och välmående i fokus. Inom barn och ungdoms relaterade verksamheter inom individ och familjeomsorgen är alltid barnet i fokus men en fortsatt utvecklingsfråga är hur barnperspektivet organiserats och beaktas i de vuxeninriktade och övergripande verksamheterna så som Boendestöd, boende, assistans, myndighetsutövning vuxen och funktionhinder? Planering pågår om att inrätta och organisera särskilda barnombud i varje verksamhet.

Våldsutsatta kvinnor och barn

Målsättningen är att berörda verksamheter ska öka sina kunskaper om våld i nära relationer, öka kompetensen att upptäcka våldsutsatta, förbättra stödet till de våldsutsatta samt att utarbeta och uppdatera antagna rutiner för uppföljning av arbetet mot våld i nära relationer.

Den länsgemensamma handboken ”Våld i nära relationer” ligger till grund för det regionala samverkansarbetet. Arbetet bedrivs i nära samverkan med Länsstyrelsen, där länssamordnaren är placerad. Aktuella utbildningar anordnas löpande inom området.
Samordnaren på Länsstyrelsen i Hallands län kommer fortsatt att informera och sprida kunskap gällande de publikationer och utbildningsmaterial som Socialstyrelsen m fl. ger ut. Under perioden 2016-2018 är det dags att uppdatera den länsövergripande handboken Våld i nära relationer, som gavs ut våren 2014. Detta på uppdrag av strategisk nivå inom den regionala samverkans- och stödstrukturen i länet.

I Falkenberg har en inventering genomförts av alla insatser som sker i kommunen vad gäller hedersrelaterat våld oavsett vem som är utförare. Kommunen har dessutom en pågående inventering av kommunens samtliga insatser vad avser våld i nära relationer. En rapport för kartläggning av metoder och kompetens inom hedersrelaterat våld och förtryck presenterades av socialnämnden i maj. Av kartläggningen framgick att ett systematiskt arbete på området saknas och att ett behov av tydliggörande av processer och rutiner behöver göras. Detta arbete ska enligt redovisning av kartläggningen ha påbörjats liksom en plats för utökade kompetensförsörjning.

Kungsbacka har under våren 2017 tillsatt en samordnare med särskilt utvecklingsuppdrag gällande våld i nära relation, vars huvudsakliga arbetsuppgift under år 2017 är att:

- Skapa riktlinjer för våld i nära relation inom socialtjänsten i Kungsbacka (på sikt kommunövergripande riktlinjer)
- Arrangera basutbildningar och vara stöd för att sprida denna basutbildning på hela förvaltningen.
- Starta upp och leda verksamhetens enhetsöverskridande kompetensgrupp för våld i nära med målsättning att skapa en gemensam plattform, sprida kunskap om våld och fungera konsultativt och samordnande i enskilda ärenden.
- Omvärldsbevaka och implementera ny kunskap, nya metoder och nya arbetssätt delvis genom att delta i Länsstyrelsen nätverk för våld i nära relation i Halland.

Långsiktiga mål är att kartlägga förekomsten av våldsutsatta och förövare i Kungsbacka kommun samt att följa upp och kvalitetssäkra att beslutad kompetensgrund gällande våld i nära tillämpas.

Kvalitetsutveckling av arbetet mot våld i nära relationer inom hälso och sjukvården i Halland pågår och finansieras med särskilda, statliga utvecklingsmedel.

Välmående ger resultat

Målsättningen är att ge alla barn förutsättningar att växa och utvecklas på bästa sätt och att öka barns/elevers välmående och prestation i skolan.

”Välmående ger resultat" är en utbildningssatsning i samarbete mellan Region Halland och Bättre skolor med syfte att öka både pedagogers och barns/elevers välmående samt elevers prestation i skolan. Det finns ett mycket starkt samband mellan villkoren under uppväxten och hälsa. Därför är också värdet i att ge alla barn förutsättningar att växa och utvecklas på bästa sätt stort för både individen och samhället.

Sambandet mellan skolprestation och psykisk hälsa är bevisat stark och därför är det idag kanske viktigare än någonsin att ge barn och unga de förutsättningar de behöver för att skapa ett mer välmående, hållbart och värdeskapande liv. Pedagoger och annan personal som mår bra påverkar barnen och eleverna positivt. I skolan kan man se att välmående pedagoger har elever som presterar bättre – Välmående ger resultat, helt enkelt.

Välmående ger resultat initierades av de lokala nämnderna i Varberg, Falkenberg och Laholm. Efterhand har även de lokala nämnderna i Kungsbacka, Hylte och Halmstad anslutit. Arbetet sker tillsammans med kommunerna och det är här pilotstudierna har genomförts. I och med den påbörjade processledarutbildningen kommer det att finnas utbildade processledare i varje kommun.

Metoden består av 6 st utbildningsmoduler som vardera täcker ett av de områden forskningen visat har störst inverkan på välmående och studieresultat. Dessa områden är;

1. Förståelse för vad som påverkar elevers lärande utifrån John Hattie’s effektforskning.

2. En ökad helhetsförståelse för välmående, inlärning och utveckling utifrån kognitivneurovetenskap och välmåendeforskning.

3. Konkreta och beprövade metoder och verktyg från positiv psykologi, exempelvis Mindset från C. Dweck.

Metoden är unik då den relaterar dessa tre forskningsområdena till varandra samtidigt som pedagogerna får konkreta verktyg i arbetet med att bidra till att stärka de förmågor som barn och unga behöver för att hantera den komplexa värld de växer upp i:

1. Att se sina styrkor och förmågor
2. Att ha ett växande tankesätt som innebär att se sin egen ansträngning som viktig för sitt eget lärande.

3. Att kunna skapa positiva relationer
4. Att kunna hantera motgångar
5. Att känna till och leva efter sina värderingar.

Fokusområde 1: Förebyggande och främjande arbete

Målsättningen är att utveckla mobila team för aktivt uppsökande verksamhet och möta fler behov nära patienten, samt skapa förutsättningar för ett bra omhändertagande. Mobila team kan förebygga återinskrivning i slutenvård och därmed minska antalet återinläggningar.

Kommunerna i Halland uttrycker ofta att det finns patienter med svåra, psykiatriskt orsakade funktionsnedsättningar, där ett närmare samarbete med psykiatrin och ett mer utåtriktat arbetssätt från psykiatrins sida hade behövts för att uppnå en god situation kring patienten i dess boende. Det är viktigt att vårdgivare skapar möjlighet till samverkan med brukar-organisationer samt att uppmärksamma brukare på att brukarorganisationerna finns.
Inom psykiatrin i Halland har det noterats att det finns en växande patientgrupp av unga vuxna med allvarliga psykiatriska problem, som isolerar sig i hemmet. Kontakter med verksamheter som socialtjänst och vuxenpsykiatri blir ofta omöjliga för dessa individer att hantera - då de inte förmår ta sig till mottagningarna. Psykiatrin har i dag svårt att möta de behov av aktivt uppsökande verksamhet, hembesök osv, som finns i denna grupp. Denna patientgrupp kan nås genom inrättande av två mobila team i länet, som kan erbjuda tätare kontakt i jämförelse med vad en öppenvårdsmottagning klarar. Teamet kan dela ut mediciner och skapa ökad trygghet för patienterna, som med kort varsel kan nå behandlare i teamet. Ökad tillgänglighet medför en högre patientsäkerhet. Arbetssättet bygger på beprövad erfarenhet från ett antal kliniker i landet som visat på ett mindre behov av slutenvård.

Hallands sjukhus arbetar aktivt med att följa processen kring de patienter som kommer till slutenvården, och tillsammans med övriga aktörer är målsättningen att förebygga återinskrivning inom slutenvården så långt det är möjligt. Här är viktigt att fånga upp patienter med psykisk ohälsa och säkerställa ett bra omhändertagande av rätta händer. Viktigt att få adekvat hjälp inom rätt nivå avseende såväl slutenvård som öppenvård.

Flera av de halländska kommunerna har avsatt platser till personliga ombud i den länsgemensamma satsningen på vård- och stödsamordningsutbildning. De personliga ombuden är ofta en viktig kontaktperson för psykiatrin.

Kungsbacka kommun deltar aktivt i psykiatrins arbete och införande av mobila team för målgruppen med missbruk och samsjuklighet under 2017 för att möta efterfrågan på aktivt uppsökande verksamhet för att nå patienter som inte förmår ta sig till mottagningen. Hela missbruksenhetens arbete i socialtjänsten bygger på mobilt arbete och integrerade arbetsformer.

Även samverkansformer, samarbete och en tecknad lokal överenskommelse gällande

införandet av Integrerade arbetsformer - Vård och stödsamordning - som arbetssätt kring personer med psykiska diagnoser och funktionsnedsättningar ses som positivt i det förebyggande och främjande arbetet. Exempel på detta är Laholm som kommer att pröva Vård och stödsamordningsmodellen inom ramen för VÄXA-projektet, ett projekt som drivs tillsammans med Samordningsförbundet.

En metodutvecklare inriktning mot psykiatri har anställts på halvtid i socialtjänsten för att bland annat implementera och utveckla Integrerad psykiatri - vård och stödsamordning som metod inom de socialpsykiatriska verksamheterna i Kungsbacka kommun.

En särskild uppdragsutbildning för socialpedagoger med fördjupad kompetens kring KBT behandling och ensamkommande barn och unga samt asylfrågor -Yrkeshögskoleutbildning Socialpedagog med särskild kompetens inom KBT och mångkulturalitet, har köpts in och ett 30-tal medarbetare i Kungsbacka kommer att gå utbildningen under 2017-2018.

Fokusområde 2: Tillgängliga tidiga insatser

1. Målsättningen är att fortsätta utveckla internetbaserad information och behandling vid psykisk ohälsa, såsom lättare ångest och depressionstillstånd.

2. Målsättningen är införande av Questlink inom den vuxenpsykiatriska öppenvården.

3. Målsättningen är att utveckla en gemensam linje för BUP och närsjukvård i syfte att skapa en väg in i vården för barn och unga med psykisk ohälsa.

4. Målsättningen är att öka tillgängligheten och minska väntetiderna för barn och unga.

1. Utveckling av webbkommunikation vad gäller barn och ungas psykiska hälsa

Region Halland genomför ett utvecklingsarbete rörande internetbaserad behandling vid psykisk ohälsa. I närsjukvården har ett pilotprojekt avslutats där internetbehandling vid ångesttillstånd har prövats på 16 patienter från 18 år. Pilotprojektet har utvärderats med goda resultat och vidare beslut ska tas om hur en fortsättning ska se ut.

Barn med föräldrar/vårdnadshavare som har behov av insatser från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst är en grupp som berör hela Socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Region Halland och kommunerna i länet ska tillhandahålla webbaserad information eller motsvarande där det beskrivs vart barn och unga med psykisk ohälsa och deras familjer kan vända sig för att få vård stöd och hjälp oavsett om det är kommun eller hälso- och sjukvård. Det är viktigt att skolhälsovården och andra aktörer har möjlighet att fånga upp barn/ungdomar med psykisk ohälsa så tidigt som möjligt.

En utvecklingsledare har under ett år sett över befintligt material och utvecklat en gemensam plattform för samverkansområdet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i Halland.

Webbstödet ska möjliggöra en spridning och förankring av evidensbaserad praktik inom socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård, till nytta för och genom medverkan av brukare/brukarorganisationer.

Under 2015 gjordes en översyn av respektive kommuns webbplatser och Region Hallands regionala tillägg på www.1177.se. Arbetet med översynen av tillgänglighet och planerade förbättringar på huvudmännens webbsidor omfattar även tillgänglighet för barn.
Halmstad pekar på behovet att utveckla vår förmåga att nå barn och ungdomar med information och möjligheter att kommunicera med oss på nya sätt. En projektledare ska arbeta på halvtid under ett år från 1 november 2017 med uppdrag att göra en omvärldsbevakning av kreativa sätt att underlätta kommunikationen och ta fram ett förslag till modell för Halmstads kommun.

2. Införande av digitaliserade former för patienter inom den vuxenpsykiatriska öppenvården.

Aktuella system fångar inte tillräckligt väl upp kliniskt relevanta faktorer som kan användas för metodutveckling och styrning av den vuxenpsykiatriska öppenvårdens verksamhet. Att information och kommunikation anpassas för att skapa ökad delaktighet, förstå patienters och anhörigas behov, och sedan inkludera insikterna för vidare utveckling av den psykiatriska vården är viktiga delar. Genom införande av Questlink inom den vuxenpsykiatriska öppenvården, som systematiskt kan följa patienterna under vårdprocessen, skulle innebära högre medicinsk säkerhet och underlätta för patienten att kunna vara delaktig i sin egen vård.

3. Gemensam väg in för barn och unga som söker för psykiska besvär

Söktrycket på BUP visar en ökning där nybesök ökat med 37 % mellan 2013 och 2015. Hösten 2016 startade ett öppenvårdsteam inom närsjukvården, som vänder sig till barn och unga med måttlig psykisk ohälsa. Detta sker i nära samarbete med BUP. BUP Halland har sedan 2011 haft en väg in till kliniken; BUP-linjen. Analys och utvecklingsarbete planeras som innebär att BUP-linjen flyttas ut från BUP för att bli en gemensam enhet för BUP och närsjukvården. Alla barn och ungdomar, som söker för psykiska besvär inom närsjukvård eller BUP eller kommer på extern remiss, får då en första bedömning och slussning till rätt vårdnivå via telefonintervju med förälder. På sikt kan en närmare koppling till socialtjänst och skolhälsovård utgöra en ytterligare förbättring i riktning mot integrerade insatser för unga i Halland. Gränsdragning mellan BUP och närsjukvården regleras av en handlings-överenskommelse.

Ett arbete är påbörjat i Kungsbacka i syfte att öppna en ny familjecentral. Verksamheten ska vara hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande samt rikta sig till föräldrar och barn. Verksamheten planeras innehålla mödrahälsovård barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst med inriktning mot förebyggande arbete. I Halland finns sedan tidigare familjecentraler i Laholm, Hylte, Falkenberg och Varberg.

Många enheter i länet utreder barn och unga med neuropsykiatrisk problematik. Detta kan skapa olika möjligheter till bedömning, och Region Halland arbetar för att få till stånd ett gemensamt team i länet. I det arbetet kommer brukarorganisationernas synpunkter att beaktas.

4. Flexibla utredningsinsatser för barn och unga i syfte att minska väntetider och öka tillgängligheten

Väntetiderna för patienter i behov av ADHD-utredning är långa, i dagsläget upp emot ett år. För ett snabbare omhändertagande efter första bedömning på BUP-linjen, och kortare tider till behandling, skulle en mindre enhet i länet kunna inrättas. Enheten tar emot ADHD-patienter och samtidigt görs en översyn för att förbättra ADHD-processen inom BUP.

Fokusområde 3: Enskildas delaktighet och rättigheter

Målsättningen är att under 2017-2018 införa nya tjänster, insatser, samverkansformer och riktlinjer i syfte att förstärka brukarnas möjligheter till meningsfull sysselsättning samt inflytande och delaktighet på individ-, verksamhets- och systemnivå.

Alla som behöver insatser från både sjukvård och socialtjänst ska erbjudas en samordnad individuell plan, SIP. Syftet med planen är att ge personen ökat inflytande och delaktighet i sin egen tillvaro och hjälp att nå sina mål. I Halland pågår ett intensifierat utvecklingsarbete hos samtliga huvudmän och inom samtliga programområden rörande implementering av SIP. Arbetet innebär bland annat framtagandet av ett gemensamt digitalt verktyg för SIP.
I arbetet med att stärka brukarmedverkan har en gemensam modell/strategi för brukares delaktighet och inflytande i Halland tagits fram; *Medskapare i vård och socialtjänst*. Totalt har 27 olika föreningar/organisationer medverkat i utredningen. Utvecklingsarbetet berör samtliga programområden inom den regionala samverkans- och stödstrukturen.

Region Halland har ett nätverk för rehabsamordnare där utvecklingsarbete bedrivs inom ramen för den nationella överenskommelsen ”En effektiv sjukskrivnings- och rehabprocess”. Det finns ett stort, uttryckt behov av att hitta tydligare och bättre samverkansformer mellan psykatrin och närsjukvården i det löpande arbetet för patienter i behov av psykiatrins stöd och bedömning.

I samverkan med Samordningsförbundet driver Laholm ett projekt inom ramen för naturunderstödd omsorg, det så kallade VÄXA- projektet. Projektet riktar sig till unga vuxna med aktivitetsersättning samt långtidssjukskrivna och som står långt ifrån arbetsmarknaden. Projektet har delutvärderats av Hushållningssällskapet. Utvärderingen visar att vistelsen på gården med aktiviteter med djur, natur, trädgård, odling och skog har många positiva effekter på hälsan och ger möjlighet att komma närmare arbetsmarknaden. Projektet kommer att fortsätta fram till juni 2018.

I Kungsbacka har under 2017 gjorts försök med mobila stödpedagoger, som utgått från den socialpsykiatriska sysselsättningen i socialtjänsten. Mobila aktiviteter har riktat sig till

personer med psykiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar som bor på boende med särskild service och är i behov av meningsfull sysselsättning och aktivitet men som av olika skäl har svårt att komma till aktivitetshuset. Stödpedagogerna har åkt ut och mött upp brukarna på två boenden under året i syfte att vara mer tillgängliga, motivera och skapa intresse att även komma vidare till sysselsättning utanför bostaden. Hälsotemat har varit mest efterfrågat och uppskattat. Aktiviteter som erbjudits är bland annat stavgång och sittgympa.

Kungsbacka kommer under hösten 2017 samt 2018 att genomföra enkätundersökningar utifrån SKLs särskilda Nationella struktur, enkätstöd och sammanställning för funktionshinderverksamheter. Syftet är att få fram jämförbara mått på hur brukarna/deltagarna upplever verksamhetens kvalitet och använda resultatet i verksamhetsutveckling och utveckling av brukarnas delaktighet.

Varberg arbetar aktivt med att öka antalet sysselsättningsplatser i utflyttad verksamhet för att de som har möjlighet ska ha sin sysselsättning i extern verksamhet i syfte att närma sig arbetsmarknaden. Varberg kommer även att skapa mötesplatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar som ett led i att öka delaktighet.

I Hylte har man påbörjat arbetet med att skapa nya samverkansformer mellan de olika sysselsättningsåtgärder som finns i kommunen i dag. Syftet är att arbeta målinriktat med de som ska ut på arbetsmarknaden, skapa praktikplatser för de som ska prövas mot arbetsmarknaden utifrån att individerna ska vara på rätt plats utifrån sina särskilda behov. Flera kommuner i Halland har Brukarråd som är kopplade både till Socialtjänst och till Psykiatri. Inom Psykiatrin i Halland finns också ett särskilt brukarråd – Hallandsrådet, där brukarorganisationer inom psykiatri är representerade. Rådet deltar i utvecklingsfrågor inom specialistpsykiatrin i Halland.

Kungsbacka har en brukarrepresentant som sitter med i lokala genomförandegruppen för missbruk och beroende samt en representant från IFSAP/Hallandsrådet som sitter med i regional arbetsgrupp/styrgrupp för Vård och stödsamordning

I Laholm ska en riktlinje för brukarmedverkan tas fram, som ska gälla på invid-, verksamhets- och systemnivå. Nya metoder och arbetssätt har prövats, exempelvis har en brukarrevision genomförts inom missbruksområdet. Laholm fortsätter att utbilda cirkelledare i delaktighetsmodellen som används inom flera vård- och omsorgsområden i kommunen., bland annat på äldreboenden. En gemensam utbildningssatsning planeras i samverkan med brukarorganisationerna; ”Första hjälpen i psykisk hälsa”. Utbildningssatsningen riktas till äldre, vuxna och barn och unga och sker tillsammans med brukarorganisationerna. Det finns även en planering kring att utbilda instruktörer i första hjälpen psykisk hälsa med målet att skapa en gemensam kunskapsplattform och handlingsplaner för att motverka psykisk ohälsa.

En dialog finns mellan NSPH, som består av sju brukarorganisationer, och den regionala samverkans- och stödstrukturen. I november 2016 startade en årligen återkommande samverkanskonferens; ”Tillsammansdagen”, inom programområdet psykisk ohälsa.

Brukarorganisationerna i Halland är delaktiga i planering och genomförande av dagen. Temat för 2017 års tillsammansdag kommer att vara implementering av Integrerad psykiatri - Vård och stödsamordning samt självskadebeteende, där både forskare och brukare kommer att hålla i innehållet.

Syftet med att införa arbetsmodellen integrerad psykiatri i form av vård- och stödsamordning i Halland är att öka den enskildes livskvalitet och öka dennes möjlighet till inflytande och självbestämmande över sin situation i de fall där den enskilde bedöms vara i behov av insatser från både hälso- och sjukvården samt socialtjänst.

Fokusområde 4: Utsatta grupper

1. Målsättningen är att fortsätta utveckla kunskaperna om anhörigas situation och att förstärka stödet till anhöriga till personer med psykisk ohälsa.

2. Målsättningen är att "Individens Behov I Centrum" (IBIC) implementeras enligt planerna under 2017-2018.

3. Målsättningen är att under 2017 påbörja implementeringen av nya former för och förbättrad tillgång till föräldrastöd och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa samt att öka kompetens och arbetssätt för att förbättra omhändertagandet av asylsökande och nyanlända barn som identifierats med psykisk ohälsa.

4. Målsättningen är att ta del av nationella riktlinjer och behandlingsformer som rekommenderas vid behandling av depression och se över nuvarande behandlingsutbud.

5. Ett mål på kortare sikt är att en särskild yrkeshögskoleutbildning kan starta i Halland: Specialistundersköterska: Psykisk ohälsa. En länsgemensam målsättning är att utveckla kunskap och metoder när det gäller psykisk ohälsa hos äldre.

6. Målsättningen är att dialektisk beteendeterapi ska kunna erbjudas med likartade förutsättningar i hela länet och därigenom minska antalet barn och unga med självskadebeteende.

1. Anhöriga

Forskning visar att psykisk ohälsa påverkar alla aspekter i det dagliga familjelivet negativt. Det finns därför ett stort behov av stöd till anhöriga. I Halland gjordes 2011 en kartläggning av anhörigstödet i länet. Kartläggningen visade att stödet organiserades på olika sätt i kommunerna, att det fanns ett tjugotal tjänster för anhörigstöd, att kommunerna önskade ett närmare samarbete i frågan med Region Hallands hälso- och sjukvård, att anhörigstödet måste beaktas när avtal tecknas med privata entreprenörer samt att statsbidragen hade varit en avgörande förutsättning för uppbyggnaden av anhörigstödet.

I Halland har sedan flera år en årlig konferens anordnats i Varberg: *Anhörigriksdagen.* I Halmstad håller frågan om att införa ett digitalt anhörigstöd på att utredas. Inom samtliga

huvudmäns verksamheter kommer ett fortsatt arbete med organisation, utbildningar, inspirationsdagar, riktlinjer och anvisningar att ske under kommande år. I Falkenberg har stödet till anhöriga utökats och finns även för anhöriga till personer med psykisk ohälsa.

2. Implementering av IBIC

Individens behov i centrum (IBIC) är ett systematiskt arbetssätt för den personal som arbetar med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning. IBIC utgår från individens resurser, svårigheter och behov inom olika livsområden. Arbetssättet omfattar: utreda, utforma uppdrag, genomföra och följa upp. IBIC ger även ett stöd i samtal med anhöriga för att beskriva deras situation och behov av stöd.

I Halmstad finns en tillsatt projektorganisation med ansvar för implementeringen av IBIC enligt upprättad projektplan i såväl de myndighetsutövande delarna av verksamheten som i verkställigheten inom funktionshinderområdet. Utbildningar har hållits för chefer, handläggare och så kallade superanvändare som kommer att ha en central roll som stöd för implementeringsarbetet ute i verksamheterna. Utbildningsinsatserna fortsätter under året.

IBIC implementeras på handläggarnivå i Hylte kommun med start hösten 2016 och våren 2017 inom områdena äldreomsorg, socialpsykiatri och vissa delar av funktionshinderområdet.

Även i Laholm och Kungsbacka planeras utbildning och införande av IBIC.

I Kungsbacka har handläggare utbildats i IBIC under 2017 parallellt med införandet av ett nytt verksamhetssystem för att implementera arbetssättet. Migrering av IBIC i systemet sker i oktober och i mitten av november beräknas det vara i full drift.

3. Barn och unga inklusive asylsökande

En god psykisk hälsa har stor betydelse för en lyckad integration. I Region Halland finns behov av ökad kompetens och att utveckla arbetssätt för att förbättra omhändertagandet av de asylsökande och nyanlända barn som identifierats med psykisk ohälsa. De satsningar som görs är riktade till asylsökande barn/unga som bor med sina familjer eller är ensamkommande.

Flera av länets kommuner planerar att på olika sätt förstärka föräldrastödsinsatserna. I Laholm är målsättningen att minst 30 % av kommunens föräldrar ska ha deltagit i någon form av stödverksamhet. En fördjupad föräldrautbildning ges till nyanlända i kommunen som en del i etableringen utifrån konceptet ”Älskade barn”. En strategi för det generella föräldrastödet håller på att tas fram.

I Falkenberg har kursen ”Förälder i Sverige”, som riktar sig till personer inom Integration Halland och asylsökande på anläggningsboenden, genomförts.

Kungsbacka satsar på förebyggande arbete i form av föräldrastöd, bland annat genom att utveckla mötesplatser för föräldrar med olika behov och från utsatta grupper. Under 2017 har Kungsbacka startat Föräldrastöd i studiecirkelform, ”Älskade barn” särskilt för nyanlända föräldrar och familjer med rötter i andra kulturer än den svenska. Sju cirkelledare har utbildats

i Kungsbacka, varav två är män. Under 2017 har 47 nyanlända föräldrar deltagit i cirkeln, varav 20 män. I samarbete med Arbetsförmedlingen är föräldracirkeln en valbar aktivitet under etableringen.

I Halmstad pågår ett samverkansprojekt mellan socialförvaltningen, förskolan, MVC och BVC. Projektet handlar om förebyggande arbete riktat till barn 0-6 år.

Hylte ska stärka den Öppenvård som finns idag och öka samverkan mellan kommunens olika nämnder. En arbetsgrupp har tagit fram en projektplan där målet är att skapa en gemensam öppenvård. I projektplanen föreslås en projektledare på deltid 50 % som finansieras genom nationella PRIO-medel. Tanken är att rekrytera en projektledare under hösten 2017.
I Falkenberg sker en omorganisation med syfte att nå en i hela kommunen kvalitetssäkrad och likvärdig insats inom kuratorsverksamheten. Alla kuratorer ska lyda under en gemensam ledningsansvarig kurator. Åtgärden implementeras under 2017.

Hälsosamtal genomförs på de flesta skolor i Kungsbacka men några skolor saknas och bör därför vara ett område att följa upp och arbeta vidare med.

Kungsbacka har som ambition att genomföra brukarenkäter utifrån SKL:s webbaserade och individanpassade enkät men saknar enkät anpassad för barnverksamheter som Kortidsvistelse, ledsagning, avlösarservice och stödfamilj. Denna fråga/önskemål har lyfts till SKL. Om enkät erbjuds från SKL under 2018 kommer Kungsbackas verksamheter att delta.

4. Behandling av depression

Personer med diagnos depression utgör en stor andel av de patienter som är aktuella inom psykiatrin, och innebär mycket lidande för den enskilde och anhöriga. Socialstyrelsen har kommit ut med nationella riktlinjer för de behandlingsformer som anses effektiva och som rekommenderas. En metod som får hög prioritet(4) i riktlinjerna för att behandla depression och ångest innebär att en specifik del av hjärnan utsätts för ett kraftigt magnetfält, så kallad repetitiv magnetstimulering(r-TMS) Det finns evidens för att det är en effektiv metod.

5. Äldre

Psykisk ohälsa är vanligt hos den äldre delen av befolkningen. Det beräknas att 15-25 % av de som är 75 år lider av psykisk ohälsa. Särskilda insatser planeras i Varberg och Halmstad gällande kompetensutveckling inom området äldres psykiska hälsa. I Falkenberg implementeras kombinerade insatser av både boendestöd och hemtjänst inom socialpsykiatrin för personer med svår psykisk funktionsnedsättning som är beviljade hemtjänst. Man har även gjort en utbildningssatsning i psykiatri för 200 medarbetare inom hemtjänsten. I Laholm planeras en fördjupad analys kombinerad med en omvärldsanalys för att motverka och förebygga psykisk ohälsa bland äldre. Kommunerna har i samverkan med Katrinebergs folkhögskola genomfört en kortare webbutbildning riktad till baspersonal rörande äldre med psykisk ohälsa. Det är nu aktuellt med upphandling för en bredare satsning.

I Laholm har stora delar av baspersonal har genomgått utbildning i våld mot äldre samt äldre med psykisk ohälsa. I samverkan med brukarorganisationerna har en 2 dagars utbildning i

psykisk ohälsa riktat till äldre genomförts. Syftet är att skapa en gemensam handlingsplan kring hur man ska förebygga psykisk ohälsa bland äldre. Satsningen kommer att fortsätta under 2017 och 2018.

I den länsgemensamma mål- och handlingsplanen 2016-2018 inom programområdet Äldre återfinns målsättningen att utveckla kunskap och metoder när det gäller psykisk hälsa bland äldre. En aktivitet, som är kopplat till denna målsättning, är att testa en uppdaterad version av Senior Alert, i vilken området psykisk ohälsa finns med.

6. Unga med självskadebeteende

En patientgrupp som nationellt har bedömts vara i behov av särskilda insatser är unga med självskadebeteende. Inom det ”Nationella självskadeprojektet” har rekommendationer för insatser för denna patientgrupp tagits fram. BUP Halland har ambitionen att utveckla behandlingsinsatserna för ungdomar med denna problematik.

Den behandlingsmetod som i dagsläget har starkast forskningsstöd när det gäller denna patientgrupp är dialektisk beteendeterapi (DBT). Inom BUP i Halland erbjuds idag DBT endast på en BUP-mottagning där två terapeuter arbetar deltid med denna grupp ungdomar. Det finns emellertid ett stort behov av att DBT ska kunna erbjudas över hela länet och skapa ett ”DBT-team” som ska utgå från BUP:s behandlingsenhet.

Fokusområde 5: Ledning, styrning och organisation

1. Målsättningen är att fördjupa och utveckla samverkan på regional och lokal nivå i syfte att skapa en sammanhållen vårdkedja.

1. Samverkan: Sammanhållen vårdkedja utifrån individuella behov för personer med psykisk ohälsa

Regionala överenskommelser om samverkan mellan huvudmännen samt mål- och handlingsplaner från de olika programområdena i den regionala samverkans- och stödstrukturen är framtagna och ska implementeras. För att implementeringen ska bli framgångsrik och resultera i en utvecklad och förbättrad samverkan mellan huvudmännen behöver ett aktivt arbete bedrivas på lokal nivå, så att beslutade överenskommelser och planer bryts ner och konkretiseras.

Samverkansformer behöver, enligt flera av länets kommuner, även utvecklas internt inom kommunerna, så att förutsättningar för fungerande vårdkedjor skapas.

Inom Socialförvaltningen i Varberg har ett konsultationsteam bildats som på ett bättre sätt ska stödja en helhetssyn kring den enskilde. Syftet är att använda förvaltningens samlade kompetens och resurser på bästa sätt med utgångspunkt från den enskildes behov. Det finns även en lokal samverkansstruktur på både barn och vuxensidan där representanter från socialtjänst, skola, region, arbetsförmedling och försäkringskassa deltar.

I Laholm har en förstudie kring barn och ungas psykiska hälsa genomförts under 2016 och 2017. Förstudien har syftat till att ge en nulägesbild kring barn och ungas psykiska hälsa i Laholm, vilken ska ligga till grund för ett gemensamt projektdirektiv kring det långsiktigt förebyggande arbetet riktat mot barn och unga. Genom att sammanställa svaren i Lokal uppföljning av ungdomspolitiken i Laholm (LUPP), svaren i kommunens årliga skolundersökning samt i hälsoenkäterna som genomförs inför de regelbundna hälsobesöken hos Elevhälsans skolsköterskor ges en samlad bild över barn och ungas upplevda mående över tid i Laholm.

I rapporten ”Folkhälsan i Halland” sticker även Laholm ut när det gäller andelen invånare i åldern 18-29 år som övervägt självmord. Under 2017 och 2018 kommer Laholm att arbeta vidare med att hitta gemensamma strategier kring det förebyggande arbetet riktat till barn och unga med förstudien som utgångspunkt.

I januari 2018 träder en ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft, vilken gäller för både den somatiska och psykiatriska vården. Samtidigt upphävs lagen om kommunernas betalningsansvar. Den nya lagen ska främja en god vård för enskilda som efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Syftet med den nya lagen är att hålla ledtiderna, mellan sluten vård på sjukhus och vård samt omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende, så korta som möjligt. Vidare att onödig vistelse på sjukhus så långt som möjligt ska undvikas.

Den nya lagen ställer krav på nya rutiner och arbetssätt i samverkan. I Halland har huvudmännen utarbetat en gemensam riktlinje om samverkan enligt den nya lagen och kommer att ingå en överenskommelse med varandra om tidpunkt för kommunens betalningsansvar, samt vilka belopp som ska betalas. Samordnad individuell plan (SIP) enligt bestämmelserna i 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL har utvecklats till en plan för alla målgrupper i Halland och blir huvudmännens gemensamma verktyg för den samordnade vårdplaneringen vid/efter utskrivning. Skyldigheten att upprätta en plan gäller för patienter som efter utskrivning bedöms behöva insatser från både landsting och kommun, i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Inför övergången till ny lagstiftning genomförs en utbildningssatsning riktad till all berörd verksamhet i Halland, omfattande nytt arbetssätt, samordnad individuell plan och IT-stödet Lifecare SIP.

Utvecklingsledare och objektspecialist kommer att finnas som resurser för verksamheten i implementeringen av nytt arbetssätt, som användarstöd för en god följsamhet till riktlinje och i uppföljningen/utväderingen för kontinuerlig kvalitetssäkring av processens alla delar.

2. Ledning och styrning i kommunerna

Flera av länets kommuner vittnar i sina analyser och underlag om att kommunernas olika verksamheter arbetar relativt skilda från varandra. Ett ökat fokus på olika former av

samordning, samverkan, samarbete och samorganisationer är därför aktuellt i flera av kommunerna.

I Laholm ska ett fortsatt arbete göras för att stödja implementeringen och förankringen av de regionala samverkansöverenskommelserna för barn och unga, psykiatri samt missbruk och beroende. En uppföljning har gjorts av de lokala samverkansgrupper som är kopplade till dessa överenskommelser.

Ett kortsiktigt mål i Hylte är att fortsätta att arbeta med samverkansrutiner mellan kommunens förvaltningar – med fokus på Individen i centrum. En annan målsättning är att bredda det ”Blandade lärandenätverk för personer med Psykisk ohälsa” där olika professioner ingår och i dessa delar ska samarbetet med Regionen ingå. Ett långsiktigt mål i Hylte är att skapa en gemensam öppenvård där alla verksamheter samverkar.

Fortsatta prioriteringar och vägval

De i planen redovisade insatserna, åtgärderna och satsningarna berör flera olika programområden i den länsgemensamma samverkans- och stödstrukturen i länet. Ett fortsatt uppföljningsarbete kommer kontinuerligt att bedrivas framöver inom ramen för den nya regionala samverkans- och stödstrukturen.

Ambitionen i länet är att gemensamt fortsätta utvecklingsarbetet på alla fronter under 2017 och 2018. Det är värt att notera att vissa av satsningarna, som nämns i denna analys och handlingsplan, kommer att bli föremål för fortsatta överväganden, prioriteringar och beslut på politisk nivå.

Bilaga 1

Källförteckning

Folkhälsomyndigheten: *Nationella Folkhälsoenkäten*

Försäkringskassan: *Ohälsotalet efter kommun och ålder*

Kommun och landstingsdatabasen: kolada.se

Region Halland: *Förstudie: Personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och integrerade arbetsformer/metoder*

Hälso- och sjukvårdsstrategi för Halland Faktaunderlag: Nuläge och trender juni 2016

Implementerings- och kommunikationsplan – Införande av integrerat arbetssätt i Halland 2016

Inventering av personer med psykiska funktionshinder – Rapport Halland plus sex kommunrapporter 2015

Länsgemensamt stöddokument – Vård- och stödsamordning i Halland 2016

Mål- och handlingsplan 2016-2018 Regional samverkans- och stödstruktur i Halland november 2015

Plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa - PRIO handlingsplan 2016-2017 november 2015

Projektplan – Införande av integrerade arbetsformer för vård- och stödinsatser 2014

VAS-data

Årsuppföljning 2014 Vårdval Halland

Medskapare i vård och socialtjänst

Socialstyrelsen: *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa*, 2013-6-3

Statistiska Centralbyrån, scb.se: *Befolkningsstatistik, Befolkningens utbildning*

Öppna jämförelser: *Folkhäls*

Bilaga 2

Medlemmar i den länsgemensamma analys- och arbetsgruppen: 7-Gruppen

Laholm:	Marie Strömberg marie.stromberg@laholm.se
Hylte:	Sofie Matovic sofie.matovic@hylte.se
Halmstad:	Anna Francke Wiking anna.francke.wiking@halmstad.se
Falkenberg:	Laila Claesson laila.claesson@falkenberg.se
Varberg:	Karin Kärrengård karin.karrengard@varberg.se
Kungsbacka:	Marica Nilsson Granlund marika.nilsson-granlund@regionhalland.se
Region Halland:	Maria Nilsson maria.nilsson@regionhalland.se
Brukarrepresentant/ NSPH:	Mary-Anne Jacobsson nsph.halland@gmail.com
Sammankallande och sekreterare:	Åsa Claesson asa.claesson@regionhalland.se

Bilaga 3

Exempel på analysunderlag från:
"Hälso- och sjukvårdsstrategi för Halland
Faktaunderlag: Nuläge och trender juni 2016"

Kommunjämförelse utifrån bestämningsfaktorer för folkhälsa ("sociala faktorer")

Region Halland

○ - högst rankad kommun
○ - lägst rankad kommun

	Förgymnasial utbildning (%)	Eftergymnasial –och forskar-utbildning (%)	Arbets-löshet (%)	Daglig-rökare (%)	Risk-konsumenter alkohol (%)	Fetma (%)	Fysiskt aktiva (%)	Stilla-sittande fritid (%)
Falkenberg	23	25	5,4	10	15	13	66	12
Halmstad	18	36	7,2	10	16	13	67	11
Hylte	28	20	8,3	12	12	17	65	13
Kungsbacka	16	40	3,1	9	18	11	70	11
Laholm	24	25	5,4	11	14	15	68	12
Varberg	20	32	4,2	9	17	12	68	12
Halland	19	33	4,9	9	16	11	70	11
Riket	19	37	7,4	11	16	14	66	14

Noc: Värden som presenteras gäller för år 2013
Källor: scb.se; koladata.se; Nationella Folkhälsoenkäten

JUNI 2016 5

Kommunjämförelse tvärs uppföljningsvariabler för folkhälsa

Region Halland

○ - högst rankad kommun
○ - lägst rankad kommun

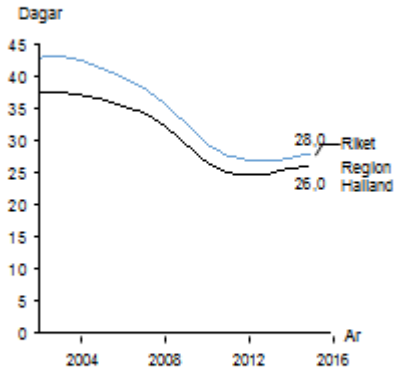
	Självskattad hälsa bra/mycket bra (%)	Ohälsotal (dagar)	Upplevd tandhälsa dålig/mycket dålig (%)	Insjuknande hjärtinfarkt (per 100 000)	Lugnande-/sömnmedel ≥0,5 DDD/dag (per 1 000)	Nedsatt psykiskt väl-befinnande (%)	SV p.g.a. fallskada >65 år (per 100 000)
Falkenberg	73	28,8	8	251	30,9	14	2439
Halmstad	75	29,5	8	266	35,6	17	2589
Hylte	73	25,1	8	345	23,2	11	2392
Kungsbacka	79	19,7	6	191	27,8	14	2430
Laholm	73	30,0	9	301	24,7	14	2193
Varberg	74	25,2	7	248	28,3	16	2652
Halland	75	26,0	8	222	30,3	15	2502
Riket	73	28,0	9	239	32,4	17	2637

Noc: Värden som presenteras för självskattad hälsa, ohälsotal, upplevd tandhälsa och nedsatt psykiskt välbefinnande gäller för 2015. För insjuknande i hjärtinfarkt, användning av lugnande medel/sömnmedel och slutenvårdstillfällen p.g.a. fallskador gäller 2013 års värden.
Källor: Försäkringskassan, ohälsoskrifter kommun och ålder; Koladata.se, Öppna jämförelser Folkhälsa 2014; Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsodata)

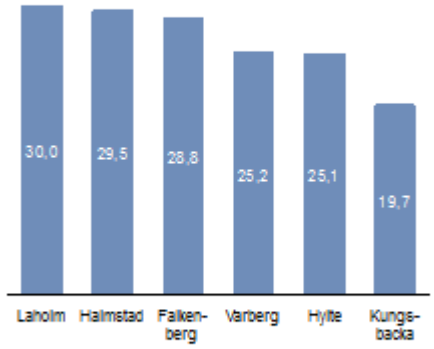
JUNI 2016 12

Ohälsotalet i Halland och riket

Ohälsotalet i Halland och riket, 2002-2015



Ohälsotalet i Hallands kommuner, 2015

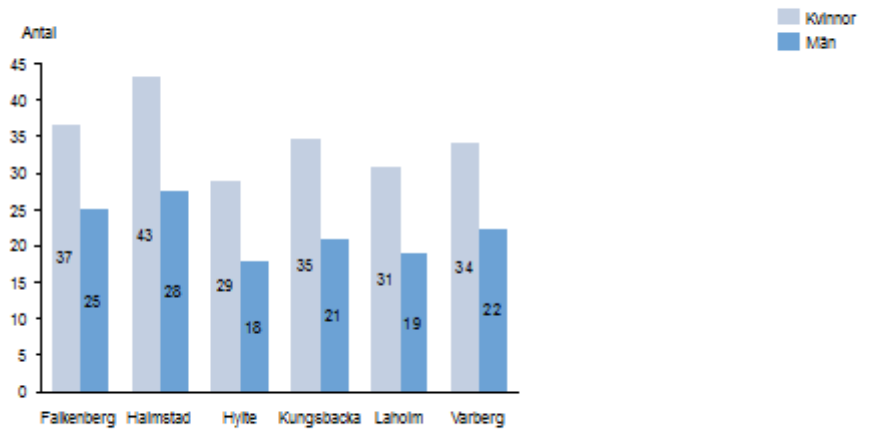


Not: Data per 20151231 och avser befolkningen 16-64 år. Ohälsotalet räknas ut som antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning/aktivitetsersättning från socialförsäkringen relaterat till antal registrerade försäkrade (befolkningen) 16-64 år.
Källa: Försäkringskassan, ohälsotalet efter kommun och ålder 20160523

JUNI 2016 14

Användandet av lugnande medel/sömnmedel i Hallands kommuner

Antal invånare 20-79 år med regelbunden* användning av lugnande medel/sömnmedel per 1 000 invånare, 2013



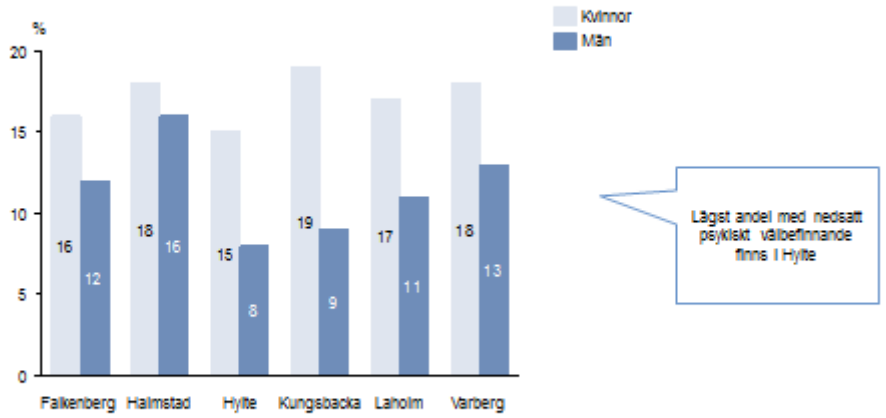
* Regelbunden användning definieras som ≥0,5 DDD/dag
Not: Data per 20151231 och omfattar befolkningen 20-79 år. Värden som presenteras är åldersstandardiserade d.v.s. hänsyn har tagits till skillnad i åldersfördelning för att få en mer rättvisande jämförelse mellan landsting.
Källor: Koladase (20151105), Öppna jämförelser Folkhälsa 2014

JUNI 2016 17

Nedsatt psykiskt välbefinnande i Hallands kommuner

Region Halland

Andel som har nedsatt psykiskt välbefinnande i Hallands kommuner 16-84 år, 2015



Lägst andel med nedsatt psykiskt välbefinnande finns i Hylte

Not: Indikatorn för psykiskt välbefinnande mäts utifrån sju frågor baserar på frågeinstrumentet General health Questionaire (GHQ12) som är konstruerat i syfte att mäta psykisk ohälsa. Värden som presenteras är 4-årsmedelvärden och är baserade på en urvalsundersökning bland befolkningen 16-84 år.

Källa: Folkhälsomyndigheten, Nationella folkhälsoenkäten (Folkhälsodata 2016011[illegible]);Öppna jämförelser folkhälsa 2014

JUNI 2016

18

Sveriges Kommuner och Landsting

MEDDELANDE FRÅN STYRELSEN NR 18/2016

Vårt ärendenr: 16/00001

2016-12-16

Kommunstyrelserna
Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Meddelande från styrelsen Överenskommelse psykisk hälsa 2017

Ärendenr: 16/06741

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 16 december 2016 beslutat

att för förbundets räkning godkänna 2017 års överenskommelse om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa

att i en skrivelse informera landsting och kommuner om den slutliga överenskommelsen

Bakgrund

Överenskommelsen för 2017 har en likartad inriktning med överenskommelsen för 2016 och utgör utgångspunkten för arbetet de närmaste åren utifrån behovet av en långsiktig plan för området psykisk hälsa. Syftet är att fortsätta skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer med målsättningen att befolkningen ska erbjudas behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser, som medicinsk behandling och sociala insatser.

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen och fördelning av stimulansmedel

För 2017 avsätter regeringen 885 Mkr för denna överenskommelse vilket är en ökning med 40 Mkr jämfört med 2016. 780 Mkr utgör stimulansmedel till kommuner och landsting/regioner och ska användas av huvudmännen, enskilt eller i samverkan enligt följande:

- 250 Mkr kronor fördelas till landstingen/regionerna och till kommunerna för fortsatt analysarbete, revidering av kort- och långsiktiga mål samt uppföljning och vid behov revidering av lokala och regionala handlingsplaner.
- 150 Mkr tillförs landstingen för att fortsätta stimulera och rusta nya initiativ för att nå unga.
- 130 Mkr tillförs kommuner och landsting för att användas till fortsatt satsning på ungdomsmottagningar.

Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök*: Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax*: 08-452 70 50
info@skl.se, *Org nr*: 222000-0315, www.skl.se

Stimulansmedlen fördelas av SKL mot faktura till kommuner och landsting utifrån en fördelningsnyckel, baserad på befolkningsunderlaget den 1 november 2016. Medlen utbetalas till huvudmännen under första kvartalet 2017.

Villkor för att behålla stimulansmedlen

Senast den 31 oktober 2017 ska kommuner och landsting inkomma med en redovisning med följande innehåll:

- en beskrivning av hur 2017 års stimulansmedel används,
- en aktuell gemensam analys och handlingsplan med kortsiktiga mål (ett år) och långsiktiga mål (fem år),
- en fördjupad analys och handlingsplan när det gäller barn och unga till och med 24 år inklusive ungdomsmottagningarnas arbete,
- en redovisning av utvecklingen när det gäller de indikatorer för de långsiktiga och kortsiktiga mål som länet/kommuner/landsting/ regioner identifierade i enlighet med 2016 års överenskommelse, samt
- en översiktlig beräkning av vilka kostnader som handlingsplanen för 2018 kommer att innebära.

Det är parternas gemensamma avsikt att de medel som landsting/regioner och kommuner erhåller för utvecklings- och förbättringsarbete får användas även under 2018.

Medel för utveckling och för att stödja strukturen för kunskapsspridning och kunskapsutveckling

SKL får disponera 60 Mkr för fortsatt samordning och utvecklingsstödjande arbete samt för analys-, metod- och uppföljningsstöd till kommuner och landsting. SKL tilldelas 45 Mkr för att stödja utvecklingen av strukturen för kunskapsspridning och kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och ohälsa, det ska bl.a. ske genom inrättandet av högst sex stycken regionala resurscenter med utgångspunkt från sjukvårdsregionerna. Minst 10 Mkr ska användas för att förstärka samverkan mellan de regionala resurscentren och kommunerna.

Överenskommelsen i sin helhet redovisas i **bilaga 1.**

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko
Ordförande

Dnr 16/06741

REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

Sveriges Kommuner och Landsting

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

1. Inledning 3
2. Bakgrund 4
3. Överenskommelsens inriktning 5
4. Fördelning av stimulansmedel i denna överenskommelse 6
5. Redovisning av insatser 8
6. Utvecklingsstöd 9

Analys- och metod- och uppföljningsstöd 9

Struktur för kunskapsspridning och kunskapsutveckling 10

7. Uppföljning av överenskommelsen 11
8. Verksamhetsrapport och ekonomiska villkor för medel till SKL 11
9. Ekonomisk sammanställning 12
10. Godkännande av överenskommelsen 13

1. Inledning

Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan användas inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov för att stimulera en förbättring i verksamheterna och bidra till ökad tillgänglighet och jämlikhet. Genom överenskommelser ska insatser ske samordnat på nationell, regional och lokal nivå. En viktig utgångspunkt vid överenskommelser mellan regeringen och SKL är en tillitsbaserad styrning som bl.a. syftar till att ge mer långsiktiga planeringsförutsättningar.

Överenskommelserna mellan staten och SKL ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Överenskommelsens mål ska formuleras på ett sätt som gör det möjligt att följa upp resultaten utifrån kön. Individbaserad statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön om det inte finns starka skäl som talar emot det. Såväl skillnader som likheter mellan könen ska kommenteras och analyseras. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, tillhörighet till Sveriges urfolk samerna och de nationella minoriteterna, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsförmåga m.fl. ska när det är relevant beaktas i analysarbetet.

Ett flertal undersökningar har visat att besvär av ängslan, oro, ångest och sömnbesvär har ökat under de senaste två decennierna. Nedsatt psykiskt välbefinnande är i dag ett omfattande folkhälsoproblem. Det psykiska välbefinnandet påverkas av en rad olika faktorer, bland annat individens förmåga att hantera stress, arbetslöshet, ekonomisk utsatthet samt förmåga att upprätthålla goda levnadsvanor. År 2030 förväntas psykisk ohälsa vara den dominerande folkhälsoutmaningen, inte bara i Sverige utan också globalt.

Andelen barn som uppger att de har haft minst två besvär, psykiska och/eller somatiska, mer än en gång i veckan under de senaste sex månaderna ökar, särskilt bland de äldre barnen. Mer än varannan flicka och var tredje pojke som är 15 år uppgav denna typ av besvär. Psykosomatiska besvär bland ungdomar kan kopplas till varaktiga negativa effekter på hälsan. Unga personer som upplever ängslan och nervositet löper större risk att drabbas av allvarlig psykisk ohälsa senare i livet. Även andelen barn och unga som får vård på grund av psykisk ohälsa ökar. Psykisk ohälsa den främsta orsaken till sjukfrånvaro i stora delar av västvärlden och i Sverige står psykiska diagnoser för cirka 45 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan. Kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige är ungefär

70 miljarder kronor om året enligt OECD. Under de senaste åren har sjukfrånvaron på grund av psykisk ohälsa ökat kraftigt. Regeringen har hösten 2015 beslutat om ett brett åtgärdsprogram i syfte att vända den negativa utvecklingen under mandatperioden. Sjukvårdens arbete med sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa är ett prioriterat utvecklingsområde.

Människor med svår psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar är den grupp som är mest utsatt när det gäller socioekonomiska faktorer såsom inkomst, boende, tillgång till arbete och delaktighet i sociala nätverk. Detta gäller både i jämförelse med den övriga befolkningen och i jämförelse med andra patient- eller funktionshindersgrupper. Människor med psykisk sjukdom är också en utsatt grupp när det gäller somatisk hälsa och de har sämre tillgång till hälso- och sjukvård. Att i unga år insjukna i psykisk sjukdom medför allvarliga konsekvenser senare i livet, inte enbart vad gäller hälsa och dödlighet, utan även avseende möjligheterna att tillgodogöra sig studier och etablera sig på arbetsmarknaden.

De senaste årens flyktingsituation har ställt nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen har accentuerat behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att vidareutveckla denna samverkan. Bland de människor som väljer att söka asyl i Sverige beräknas cirka 30 procent lida av posttraumatisk stress och ytterligare cirka 30 procent av lätta till medelsvåra psykiska besvär. Denna situation ställer betydande och delvis nya krav på skolväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inriktningen av det långsiktiga utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa måste därför delvis anpassas till denna nya situation och de utmaningar som följer av detta.

Den psykiska ohälsan i Sverige är en stor utmaning nu och sannolikt en lång tid framåt. Staten och SKL har under flera år årligen träffat överenskommelser inom området psykisk ohälsa/hälsa. Denna överenskommelse är en fortsättning på 2016 års överenskommelse och syftet är att fortsatt skapa förutsättningar för en kraftfull utveckling när det gäller att främja psykisk hälsa, förebygga ohälsa och tillgängliggöra högkvalitativa, kostnadseffektiva insatser till de som behöver vård och stöd.

2. Bakgrund

Psykiatri och psykisk hälsa har de senaste åren varit en av statens mest prioriterade frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet. Mellan 2012 och 2016 har ca 850 000 000 kronor per år avsatts för en överenskommelse

inom området psykisk ohälsa/hälsa. Av dessa medel har den absoluta merparten fördelats till kommuner och landsting. SKL har inom ramen för de årliga överenskommelserna bedrivit ett utvecklingsarbete och utgjort ett stöd till kommuner och landsting. Utvecklingsarbetet har bidragit med verktyg och strategier inom skola, socialtjänst samt hälso- och sjukvård och spänner över såväl tidiga insatser som högspecialiserad vård. Utvecklingsarbetet har också synliggjort viktiga utmaningar för huvudmännen i det fortsatta arbetet.

2016 avsatte regeringen 845 000 000 kronor för att förstärka och stödja utvecklingen inom hela området psykisk hälsa genom en överenskommelse med SKL. Syftet med överenskommelsen var att stimulera utvecklingsarbete och skapa bättre förutsättningar för lokala och regionala analyser av de utmaningar som respektive län står inför, samt att identifiera behov och utvecklingsmål lokalt och regionalt. Överenskommelsen ska utgöra ett stöd för huvudmännen att på kort och lång sikt möta de behov som finns och på så sätt stärka den psykiska hälsan och minska den psykiska ohälsan i Sverige.

3. Överenskommelsens inriktning

Staten och SKL har en gemensam målsättning om psykisk hälsa åt alla och att arbetet ska utformas med hänsyn tagen till regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. För det krävs att befolkningen erbjuds behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser som medicinsk behandling och sociala insatser. Sådana insatser ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga.

Staten och SKL är eniga om behovet av ett uthålligt och långsiktigt hållbart arbete med att stärka strukturer för utveckling och kunskapsstyrning inom området psykisk hälsa. Arbetet ska baseras på ett gemensamt ansvarstagande i ordinarie strukturer, för att skapa förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap. Inriktningen i denna överenskommelse ska vara utgångspunkten för arbetet de närmaste två åren.

Ett ytterligare syfte med denna överenskommelse är att skapa förutsättningar för ett systematiskt utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa. För att möta behoven hos befolkningen är det avgörande att göra breda analyser av befolkningens behov för att möjliggöra både ett effektivt arbete med att förebygga psykisk ohälsa och att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet. Det krävs också tillgång till kunskap om metoder och arbetssätt samt förutsättningar för en ändamålsenlig implementering av den kunskapen för att ge rätt

insatser, på rätt sätt och i rätt tid. Huvudmännen är de som ska göra detta arbete, men SKL ska utgöra stöd till huvudmännen i arbetet som ett komplement till de uppdrag myndigheterna har.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen för 2016 en ny strategi inom området psykisk hälsa. Inom ramen för strategin avsatte regeringen 2016 genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting 845 miljoner kronor. I budgetpropositionen för 2017 angav regeringen att målsättningen är att 2016 års överenskommelse skulle följas av överenskommelser med en likartad inriktning under 2017 och 2018.

Inom ramen för detta har regeringen och SKL enats om att under 2017 genomföra vissa insatser inom området psykisk hälsa.

4. Fördelning av stimulansmedel i denna överenskommelse

Staten och SKL är överens om att 780 000 000 kronor ska utgöra stimulansmedel till kommuner och landsting/regioner som ska användas av huvudmännen, enskilt eller i samverkan, för att fortsätta det långsiktiga hållbart arbete på området. Medlen utbetalas i tre olika delar:

1. 250 000 000 kronor fördelas till landstingen/regionerna, och 250 000 000 kronor fördelas till kommunerna för att göra kompletterande, och vid behov förnyade och fördjupade, analyser av befolkningens behov inom respektive fokusområde, revidera kortsiktiga och långsiktiga mål samt följa upp och vid behov revidera handlingsplaner lokalt och regionalt. Vidare ska huvudmännen utvärdera de insatser som genomförts och vid behov revidera det långsiktiga arbetet för att utveckla insatserna inom de fem fokusområdena som anges i bilaga 2.

   Som en del i arbete ska länet/kommunerna/-landstingen/regionerna under 2017 göra en fördjupad analys av de behov som finns hos barn, unga och unga vuxna, inklusive barn, unga och unga vuxna med olika funktionsnedsättningar (upp till och med 24 år) i sin befolkning.

   Analysen ska utgå från ett gemensamt antal nyckelindikatorer som SKL i samarbete med medlemmarna kommer att ta fram utifrån underlagen från 2016 års analyser och handlingsplaner. SKL ansvarar för att de gemensamma nyckelindikatorerna ska vara framtagna senast den 1 mars 2017. Nyckelindikatorerna ska syfta till att få fram en lägesbeskrivning utifrån fokusområdena. Analysen ska inkludera demografiska förhållanden såväl som

verksamhetsspecifika relevanta data för hälso- och sjukvården respektive skolan och socialtjänsten. Med utgångspunkt i detta ska länet/kommunen/ landstinget/regionen beskriva sin handlingsplan på respektive område på kort och lång sikt i relation till gruppen barn och unga samt utveckla indikatorer för att följa utvecklingsarbetet. Denna fördjupade analys och handlingsplan ska redovisas separat.

2. I den budgetöverenskommelse som regeringen slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på 150 000 000 kronor som fördelas till landstingen för att stimulera och rusta nya initiativ för barn och unga inklusive barn och unga med olika funktionsnedsättningar. Då förutsättningarna är olika runt om i landet ges de lokala behoven stort utrymme vid prioriteringen av vad som ska göras. Ett exempel på ett viktigt utvecklingsområde är tvärprofessionell samverkan mellan huvudmän och verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa som vårdas utanför det egna hemmet.

3. I den budgetöverenskommelse som regeringen slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på 130 000 000 kronor som fördelas till kommuner och landsting för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete. Medlen kan exempelvis användas till att utöka ungdomsmottagningarnas öppettider, förstärka psykosocial kompetens, öka tillgänglighet för unga med psykisk ohälsa eller liknande. Utvecklingen av ungdomsmottagningarna ska redovisas inom ramen för den fördjupade analysen av barn och unga i punkten 1 ovan. Utöver detta ska en gemensam länsvis redovisning av hur 2017 års medel använts samt en plan för det fortsatta arbetet med att förstärka ungdomsmottagningarna inkomma.

   Landstingen och de i länet ingående kommunerna ansvarar för att stimulera länsgemensamt arbete med en bred analys av utmaningar och behov, i samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt övriga berörda aktörer på länsnivå.

Analysen och tillhörande handlingsplaner syftar till att stimulera landsting och kommuner att:

- uppmärksamma befolkningens behov inom de fokusområden som överenskommelsen omfattar (bilaga 2),

- identifiera ansvarsfördelning för att möta de behov som finns och vid behov överväga möjligheten till olika former av integrerade verksamheter för personer med behov av komplex karaktär, i syfte att motverka att enskilda inte får de samordnade vård- och stödinsatser som behövs,
- sätta upp mål och planera sin verksamhet, var för sig och gemensamt samt,
- samverka med varandra, berörda brukar- och intresseföreningar samt andra centrala aktörer på området.

5. Redovisning av insatser

Senast den 31 oktober 2017 ska kommuner och landsting inkomma med en redogörelse för aktuell analys, långsiktiga mål och handlingsplan samt en redovisning av hur de resurser som erhållits har använts. SKL tillhandahåller en inmatningsfunktion där länen/kommuner och landsting/regioner lämnar sina redovisningar. SKL sammanställer underlaget för nationella jämförelser.

Redovisningen ska innehålla:

- en beskrivning av hur 2017 års stimulansmedel används,
- en aktuell gemensam analys och handlingsplan med kortsiktiga mål (ett år) och långsiktiga mål (fem år),
- en fördjupad analys och handlingsplan när det gäller barn och unga till och med 24 år inklusive ungdomsmottagningarnas arbete,
- en redovisning av utvecklingen när det gäller de indikatorer för de långsiktiga och kortsiktiga mål som länet/kommuner/landsting/regioner identifierade i enlighet med 2016 års överenskommelse, samt
- en översiktlig beräkning av vilka kostnader som handlingsplanen för 2018 kommer att innebära.

Det är parternas gemensamma avsikt att de medel som landsting/regioner och kommuner erhåller ska användas för utvecklings- och förbättringsarbete inom området psykisk (o)hälsa och att medlen får användas även under 2018.

SKL åtar sig att sammanställa resultaten länsvis och rapportera till regeringen (Socialdepartementet) eller annan, av regeringen utpekad, myndighet senast den 31 januari 2018.

6. Utvecklingsstöd

SKL åtar sig att fortsätta samordna stödinsatser och bistå kommuner och landsting med lokalt förbättringsarbete i enlighet med tidigare överenskommelser. SKL åtar sig vidare att driva en utvecklingsverksamhet som kan bistå kommuner och landsting med att ta fram befintliga data samt vid behov ge ytterligare stöd för en fördjupad analys. SKL åtar sig också att stödja kommuner och landsting/regioner när det gäller att identifiera bästa tillgängliga kunskap och metodstöd för att utforma en åtgärdsplan för utveckling på de prioriterade områden som analysen resulterat i.

SKL åtar sig också att ta fram en mall för insamling av data från analyser och handlingsplaner i syfte att göra nationella jämförelser som i sin tur kan vara ett stöd för kommuner och landsting i det lokala förbättringsarbetet. Denna mall ska finnas tillgänglig senast den 1 mars 2017.

Analys- och metod- och uppföljningsstöd

SKL tillförs 60 000 000 kronor under 2017 för att stödja kommuner och landsting/regioner i arbetet med att analysera förhållanden lokalt och regionalt, ge metodstöd och genomföra uppföljningar.

SKL åtar sig att, utöver metod- och analysstöd, stödja aktiviteter inom hela området psykisk hälsa. I analysarbetet med kommuner och landsting/regioner kommer olika konkreta utvecklingsbehov att identifieras. Det kan handla om nyskapande arbetssätt, behov av innovationer liksom stöd för införande eller effektivare användning av kända metoder.

SKL ska även vidmakthålla och utveckla arbetet inom tidigare identifierade utvecklingsområden såsom:

- Ett hälsofrämjande samhälle för alla åldrar med kunskap och möjlighet till riktad prevention för att minska hälsoklyftorna,
- Tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa med särskilt fokus på synkronisering av insatser från skolväsendet, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt en utveckling av en bred och lättillgänglig första linje med särskilt stöd till ungdomsmottagningarna,
- Primärvårdens möjlighet att effektivt möta psykisk ohälsa och minska sjukskrivningarna på grund av psykisk ohälsa,
- En hälsofrämjande arbetsplats och tidiga insatser för att minska risken för arbetsrelaterad psykisk ohälsa,

- Äldres psykiska hälsa och speciella behov av insatser vid psykisk ohälsa,
- Minska behovet av tvångsåtgärder för alla åldrar, och i alla olika situationer, som regleras enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
- Studier, arbete, sysselsättning och en meningsfull vardag för personer med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning,
- Bemötande och insatser till personer med, eller risk för, självskadebeteende samt utvecklingen av det suicidpreventiva arbetet lokalt,
- Sociala investeringar som en metod för att skapa långsiktigt effektivt resursutnyttjande, genom att flytta insatserna tidigare i processen, skärpa resultatuppföljning och överbrygga olika aktörers organisation och budgethinder,
- Nyanländas psykiska hälsa, från förebyggande och hälsofrämjande insatser till specialiserad traumabehandling,
- Samordning av insatser till personer i behov av sammansatt stöd (ex SIP) och integrering av vård- och stödverksamhet till personer med omfattande behov från flera huvudmän,
- Effektiv styrning och ledning, utvecklingsfrämjande strukturer, god arbetsmiljö och bemötande som främjar delaktighet för alla.

Utvecklingsstödet ska också kunna omfatta områden som finns i närliggande överenskommelser och som har bäring på området psykisk hälsa.

Struktur för kunskapsspridning och kunskapsutveckling

Regeringen och SKL är överens om behovet av att stödja utvecklingen av strukturen för kunskapsspridning och kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och ohälsa. Strukturen ska medverka till att förstärka styrningen med kunskap inom området genom att sprida bästa tillgängliga kunskap, förbättra arbetet med implementering och medverka till en ändamålsenlig uppföljning lokalt- och regionalt. Strukturen ska utgå från sjukvårdsregionerna.

SKL tillförs 45 000 000 kronor under 2017 för inrättandet av högst sex stycken regionala resurscentrum. Syftet med att stimulera en organisation av hälso- och sjukvården i form av regionala resurscentrum är att nå ökad vårdkvalitet och förbättrade vårdresultat samt ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser inom området psykisk hälsa och ohälsa. Av medlen ska minst 10 000 000 kronor

användas för att stärka samverkan mellan resurscentrumen och kommunerna. Regeringen och SKL bedömer att det är angeläget att resurscentrumens arbete i första hand tar sikte på:

- första linjens vård,
- primärvårdens möjlighet att tidigt och effektivt möta psykisk ohälsa och förebygga och främja psykisk hälsa samt
- gränssnittet och samarbetet mellan olika aktörer och vårdgivare

SKL åtar sig att förhandla med landsting/regioner och teckna avtal om inrättandet av resurscentrumen. SKL ska, tillsammans med den Nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S2015:09) och i nära samverkan med Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten samt andra relevanta aktörer, utarbeta kriterier som resurscentrumen åtar sig att arbeta mot.

SKL ska senast den 31 mars 2018 lämna en redovisning av hur arbetet med uppbyggnaden av resurscentrumen fortskrider samt hur SKL avser att ta sig an det fortsatta arbetet under 2018-2019 till Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Regeringen avser att ge berörd/-a myndighet/-er i uppdrag att följa och stödja uppbygganden av resurscentrumen.

7. Uppföljning av överenskommelsen

SKL åtar sig att sammanställa resultaten av huvudmännens arbete, såsom anges i avsnitt 4 och, länsvis och rapportera till Regeringskansliet (Socialdepartementet) eller till av regeringen annan utpekad myndighet senast den 31 januari 2018. Redovisningen ska innehålla en sammanställning av respektive län avseende medelsanvändning, analys av lokala behov, handlingsplaner på kort och lång sikt och indikatorer för att mäta utveckling.

8. Verksamhetsrapport och ekonomiska villkor för medel till SKL

Beslut om utbetalning av samtliga medel i denna överenskommelse görs i Kammarkollegiets regleringsbrev för 2017 avseende anslag 1.8 Bidrag till psykiatri, utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition (formulär *Rekvisition av bidrag*) ställd till Kammarkollegiet. Rekvisition av medel ska ske senast den 1 december 2017. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte har inkommit inom denna tid.

Stimulansmedlen fördelas sedan till kommuner och landsting utifrån en fördelningsnyckel, baserad på befolkningsunderlaget den 1 november 2016. SKL åtar sig att fördela stimulansmedlen till respektive kommun och landsting utifrån fördelningsnyckeln. Regeringen och SKL är överens om att medlen ska utbetalas till landstingen/regionerna och kommunerna under första kvartalet 2017.

SKL ska lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) eller av regeringen utpekad myndighet, senast den 31 mars 2018. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som har bedrivits med stöd av de bidrag som anges under avsnitt 6.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär *Ekonomisk redovisning*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2018. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisningen inte inkommer i tid kan regeringen återkräva stödet. Medel som inte har utnyttjats av SKL ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2018.

Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL. Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

9. Ekonomisk sammanställning

Satsningar 2017	Mnkr	Sidnr
Stimulansmedel till kommuner	250,0	6
Stimulansmedel till landsting/regioner	250,0	6
Initiativ för bättre psykiska hälsa hos ungdomar	150,0	7
Ungdomsmottagningar	130,0	7
Utvecklingsstöd till SKL	60,0	9
SKL:s arbete med utbyggnad av resurscentrum	45,0	10
Totalt	**885,0**	

10. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt under förutsättning att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande.

För staten genom Socialdepartementet	För Sveriges Kommuner och Landsting
Stockholm den 15 december 2016	Stockholm den 15 december 2016
Agneta Karlsson	Lena Dahl
Statssekreterare	Tf Verkställande direktör

Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av icke-prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
1. Kontaktuppgifter • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress	1. Kontaktuppgifter • Bidragsmottagare • Organisationsnummer • Kontaktperson • Postadress • Telefon inkl. riktnummer • Faxnummer • E-postadress
2. Bidrag som ansökan avser • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning • Överenskommelsens benämning • Belopp som rekvireras • Rekvisitionen avser perioden	2. Bidrag som ansökan avser • Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning • Överenskommelsens benämning • Summa bidrag enligt överenskommelsen • Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet • Period som den ekonomiska redovisningen avser
3. Uppgifter för utbetalning • Bankgiro/Plusgiro • Önskad betalningsreferens	3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet • Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet • Kostnader (specificera större kostnadsposter) • Summa kostnader • Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader)
4. Underskrift i original av behörig företrädare • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande	4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen • Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. • Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) • Befattning • Telefon inkl. riktnummer • E-postadress • Datum • Underskrift • Namnförtydligande
	5. Underskrift i original av behörig företrädare • Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. • Datum • Underskrift • Namnförtydligande

REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

Fem fokusområden fem år framåt

Regeringen har under 2015 initierat en översyn av behov och utmaningar på området psykisk hälsa. Översynen har gjorts i bred dialog med Sveriges Kommuner och Landsting, sjukvårdens huvudmän, kommuner, relevanta statliga myndigheter, professionsföreningar, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt det civila samhället. Analysen tar sin utgångspunkt i individen och individens behov. Mot bakgrund av denna analys kommer regeringens inriktning på området psykisk hälsa under åren 2016–2020 att ha ett brett perspektiv på psykisk hälsa och ohälsa. Detta innebär ingen förändring av nuvarande ansvarsfördelning men tar fasta på behovet av en samlad analys av de insatser som görs på området.

De huvudsakliga utmaningarna kan sammanfattas som bristande långsiktighet i statens satsningar, överdriven användning av projekt och brist på tillgång till kunskapsbaserade metoder. Dessutom saknas tillräckligt med analyskapacitet på detta område, liksom en för området ändamålsenlig struktur lokalt och regionalt för implementering av den kunskap som finns. Det finns också ett stort behov av ledarskap för förändring i verksamheten i syfte att göra insatserna ändamålsenliga för att motsvara de behov som finns. Dock finns en regional samverkan och stödstruktur när det gäller evidensbaserad praktik inom socialtjänstens områden och näraliggande områden inom hälso- och sjukvården. Huvudmännen har svårt att implementera kunskapen som finns på olika områden, vilket medför att skillnaderna i följsamhet till nationella riktlinjer är betydande mellan landstingen och kommunerna. Myndigheten för vårdanalys konstaterar att rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inte når vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning eftersom processen tenderar att avstanna i en kedja där många olika aktörer ansvarar för olika delar av genomförandet. Vidare behövs ökad samverkan, integrerade verksamheter och samarbete mellan olika huvudmän.

En viktig slutsats av 2015 års översyn är att psykisk hälsa berör många samhällsområden och aktörer. Det finns bland berörda aktörer en betydande samsyn kring de utmaningar som finns på området. Psykisk hälsa och ohälsa är inte uteslutande en fråga för psykiatrin och socialtjänsten, utan även en viktig utmaning på många olika samhällsområden och på många olika sätt.

Översynen visar att det finns fem huvudsakliga områden där det krävs gemensam utveckling, nedan kallat fokusområden. För varje fokusområde behövs både långsiktiga mål och årliga delmål. Denna överenskommelse syftar till att stödja kommuner och landsting att arbeta målinriktat inom de fem fokusområden som regeringen bedömer är prioriterade på området psykisk hälsa under de kommande fem åren.

Fokusområde 1: Förebyggande och främjande arbete

Psykisk ohälsa är ett av våra största ohälsoproblem. Mätt i förlorade friska levnadsår är psykisk ohälsa en av de dominerande sjukdomskategorierna. Att drabbas av psykisk ohälsa innebär ett lidande för den enskilda individen och hennes eller hans anhöriga, varav många är barn. Därutöver är samhällets kostnader betydande. Att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa är av betydelse för framtiden, för såväl barn och unga som vuxna och äldre personer.

Barn och unga är en viktig grupp. Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa har särskilt stor effekt innan ohälsan har debuterat. En viktig aspekt av det förebyggande arbetet är därför också att uppmärksamma riskgrupper och erbjuda kunskapsbaserade insatser på grupp- och individnivå.

Även för vuxna är det viktigt att motverka psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa svarar för det största inflödet i sjukförsäkringen. Kommuner och landsting är stora arbetsgivare och i flera av de verksamheter som huvudmännen bedriver är psykisk ohälsa och sjukskrivningar en stor utmaning. Här behövs ökad kunskap hos arbetsgivare och befolkningen i stort om hälsofrämjande faktorer i människors vardag och arbetsliv.

Det är också angeläget att uppmärksamma främjande och förebyggande arbete för äldre i kommunen. Bland annat behöver äldre, deras anhöriga och professionella som möter dem få en ökad medvetenhet om psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar.

En viktig framtidsutmaning är att skapa samhällsstrukturer som motverkar isolering och ökar möjligheten till delaktighet genom

meningsfulla aktiviteter, god fysisk hälsa, ett tillgängligt samhällsutbud samt frånvaro av diskriminering och kränkningar. I detta arbete är civilsamhället av stor betydelse och frivilligorganisationernas aktiviteter ett viktigt komplement till samhällets övriga insatser.

För att nå framgång i det förebyggande arbetet finns det skäl att särskilt uppmärksamma frågor som rör stigma, att motverka fördomar och frågan om hur samhällets kunskap om psykisk hälsa och ohälsa kan öka. Vidare bör suicidprevention som ett samhällsansvar belysas och samordnas, ett arbete där Folkhälsomyndigheten har ett särskilt uppdrag.

Fokusområde 2: Tillgängliga tidiga insatser

Barn, unga, vuxna och äldre med psykisk ohälsa måste kunna räkna med att kunna få tillgång till rätt insatser i rätt tid. Det gäller såväl vård- som stödinsatser. I dagens system vittnar patient- och brukarorganisationerna om att enskilda inte sällan har svårt att hitta rätt. Även professionsföreträdare uttrycker svårigheter när de ska hjälpa personer med psykisk ohälsa att hamna rätt. Barnombudsmannen har rapporterat att detta inte minst gäller barn och unga. Det är avgörande att säkerhetsställa att kunskapsbaserade insatser kan erbjudas tidigt i en ohälsoutveckling, när det gäller psykisk ohälsa men också somatisk ohälsa för personer som har en psykisk sjukdom och vid återinsjuknande i psykisk sjukdom. Detta gäller alla åldrar, från mödravård och barnhälsovård till elevhälsa och primärvård.

Såväl primärvården som den högspecialiserade vården behöver också analyseras med avseende på reella väntetider och i vilken utsträckning utbudet av insatser motsvarar behoven. Det är vidare angeläget att landstingen analyserar sin roll när det gäller att erbjuda insatser som motverkar sjukskrivning och stärker möjligheten för enskilda som finns i sjukförsäkringen att återgå i arbete, för att motverka utanförskap och ojämlika levnadsvillkor. Fokus på arbete, studier och sysselsättning gäller även insatser för personer med aktivitetsersättning och sjukersättning. Personer som har en långvarig psykisk sjukdom behöver få tillgång till tidiga insatser vid ett återinsjuknande, exempelvis genom möjlighet till självinläggning eller förstärkt öppenvårdsstöd.

På det sociala området är det angeläget att identifiera hur socialtjänsten bättre kan möta ett behov av tidigt stöd. En svensk studie av risktecken och insatser för unga vuxna som varit föremål för omfattande interventioner från socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård visar att insatserna dröjer, trots att risktecken ofta syns tidigt. Det är också angeläget att i högre utsträckning ta ett helhetsgrepp kring det enskilda

barnet. Om olika aktörers insatser inte samordnas dröjer ofta insatserna tills problemen blivit allvarliga.

Inom äldreomsorgen är det angeläget med ökad kunskap om vad som är psykisk hälsa och vad som kan leda till psykisk ohälsa, liksom en ökad generell förståelse om psykiska funktionsnedsättningar.

Fokusområde 3: Enskildas delaktighet och rättigheter

Vård och omsorg står inför en generell utmaning att förändra synen på den enskilde individen som en passiv mottagare för en medicinsk eller social intervention. Istället bör vård- och omsorgssituationen ses som en överenskommelse som görs mellan den enskilde och den som ger insatserna. För personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning är detta ofta en förutsättning för återhämtning och tillfrisknande. När det gäller barn och unga måste vårdgivaren ta hänsyn till barnets ålder och mognad. Här aktualiseras också frågor som rör barnets rätt till självbestämmande gentemot vårdnadshavare.

Personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i stort, också i förhållande till andra grupper med funktionsnedsättning. Det är av stor vikt att värna enskildas rättigheter. En viktig åtgärd är att vård- och omsorgsgivare upprättar en samordnad individuell plan för enskilda som har behov av insatser från båda huvudmännen. Detta arbete har utvecklats på senare år och det är viktigt att denna utveckling fortsätter. I synnerhet gäller detta barn, vuxna och äldre med sammansatta behov.

När det gäller omsorgsinsatser har kommunerna det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. När personer med psykisk funktionsnedsättning möter betydande svårigheter i sin livsföring, ska kommunerna verka för att dessa människor får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Det kan handla om att tillgodose behov inom livsområden som är viktiga för deras återhämtning, exempelvis boende, boendestöd, sysselsättning och stöd till återgång i arbete eller studier. Utbudet måste ta sin utgångspunkt i analyser av de behov som finns lokalt och regionalt. Utifrån analysen ska huvudmännen säkerställa att det finns stöd att få för personer som drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom. Tidiga sociala insatser förbättrar möjligheterna till återhämtning och kan därmed minska ojämlikheter i människors psykiska hälsa och därmed möjligheterna till ett fullgott liv.

Detta arbete har uppmärksammats inom ramen för tidigare överenskommelser på området psykisk ohälsa och behöver vidmakthållas och utvecklas. Tillgången till anpassade insatser, såsom personliga

ombud, case managers och integrerade verksamheter behöver analyseras. Detsamma gäller ekonomisk och social trygghet och i övrigt jämlikhet i levnadsvillkor för personer med omfattande behov av stöd.

Barn, unga och vuxna som vårdas med stöd av tvångsvårdslagstiftning är en grupp vars rättigheter behöver säkerställas på många olika sätt. Fastspänning, avskiljning och liknande ska användas mycket restriktivt i enlighet med intentionen i lagstiftningen. Vårdgivare och myndigheter har också en viktig uppgift att förstärka arbetet med att sprida kunskap och kännedom om enskildas rättigheter i samband med tvångsvård och säkerställa att enskildas rättigheter inte kränks.

Fokusområde 4: Utsatta grupper

Ett av regeringens mål är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. En viktig aspekt för att uppnå detta mål är att alla som drabbas av psykisk ohälsa får tillgång till en jämlik, tillgänglig, god och säker vård och omsorg i enlighet med bästa tillgängliga kunskap.

Med en sådan ambition är det viktigt att vara medveten om att olika grupper och olika individer har olika behov och förutsättningar. Det finns inte en lösning eller modell som passar alla, och alla grupper har inte samma mönster för att söka och få det stöd som behövs. Generellt finns ett behov av att öka kunskapen om skillnader i psykisk hälsa som kan relateras till sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, både hos professionella och hos allmänheten. Det är av stor vikt att synliggöra såväl sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, i både förebyggande arbete och gällande insatser till individer med psykisk ohälsa, exempelvis är HBT-gruppen utsatt när det gäller psykisk ohälsa.

Barnhälsovården, elevhälsan och tandhälsovården är viktiga för tidig upptäckt av de riskfaktorer och hälsoproblem som kan bidra till en ogynnsam utveckling. Det krävs analyser av hur verksamheter möter behoven hos barn som lever i riskmiljöer eller med riskbeteende, då barn som anhöriga till personer med psykisk ohälsa och placerade barn löper större risk för egen ohälsa än genomsnittet. Detsamma gäller familjer med våldsutsatta kvinnor och barn.

Personer med andra former av funktionsnedsättning, exempelvis personer med utvecklingsstörning, behöver uppmärksammas då de löper en ökad risk för psykisk ohälsa. Denna grupp får, trots stora behov, inte adekvat vård och behandling i tillräcklig utsträckning. Andra grupper som riskerar hamna i en särskild utsatthet är personer med samsjuklighet av beroendesjukdom och psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos, personer som är eller har varit i kontakt med kriminalvården och/eller

vårdats inom rättspsykiatrin. Många av de risk- och skyddsfaktorer som finns för att utveckla psykisk ohälsa är desamma som för att utveckla olika former av missbruksproblem. Därför kan det vara värdefullt att samordna verksamheter som syftar till att förebygga och motverka psykisk ohälsa och olika former av missbruk.

En sammanställning visar att det finns utmaningar när det gäller hälsoarbetet hos personer tillhörande det samiska folket och de nationella minoriteterna, bland annat saknas tillräcklig kunskap om deras hälsosituation, språk och kultur hos hälso- och sjukvårdspersonal. Enskilda studier har visat att exempelvis renskötande samer har en förhöjd suicidrisk och finlandsfödda män uppgav att de hade färre dagar med god psykisk hälsa jämfört med hela befolkningen. Romernas hälsosituation påverkas starkt av gruppens livssituation, som kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering vilket allt är riskfaktorer för psykisk ohälsa.

En annan grupp som särskilt bör uppmärksammas är nyanlända, som ofta har behov av stöd och/eller vård. Främjande och förebyggande insatser är av stor vikt liksom specialistinsatser med mångkulturell kompetens, och traumabehandling.

Även andra grupper kan ha särskilt behov av att deras förutsättningar löpande analyseras för att kunna möta behoven.

Fokusområde 5: Ledning, styrning och organisation

För att det ska vara möjligt att ta ett helhetsgrepp när det gäller att förebygga psykisk hälsa, ge rätt insatser tidigt och möta behoven hos personer med omfattande behov krävs engagemang och samordning. Avgörande för att kunna göra rätt analyser och vidta rätt åtgärder på policynivå är ett samarbete med patient-, brukar- och anhörigrörelsen. En generell princip bör vara att beslut som berör gruppen, inte ska fattas utan deras medverkan.

Arbetet för att stärka den psykiska hälsan och motverka ohälsa involverar många olika departement, myndigheter, kommuner, landsting och civila aktörer. Ansvaret finns i allt väsentligt reglerat i lagar och förordningar men för att utveckla arbetet och göra samhällets samlade insatser mer resurseffektiva krävs en utökad samverkan. Organisationer och enskilda professionella måste utveckla samarbete och samordna sig för att motverka fragmentering för den enskilde och suboptimering för samhället.

Ledare måste ha god kunskap om bästa tillgängliga metoder och vilka verktyg som har stöd i forskning och praktik. I en snabbt föränderlig värld är förmågan att leda i förändring grundläggande. För att möta de utmaningar som samhället och enskilda står inför krävs en mobilisering av ledarskap i kombination med en organisering som möjliggör samarbete och skapar förutsättningar för resurseffektivitet.

Svensson Inga-Britt RK STAB

Från: Sveriges Kommuner och Landsting <Utskick@skl.se>
Skickat: den 21 december 2016 09:33
Kopia: Malm Mikael; Särnå Karin
Ämne: Överenskommelse mellan staten och SKL om Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017
Bifogade filer: 18-2016-SIGN-ÖK Psykisk hälsa.pdf

Till samtliga Kommun-, Landsting- och regionstyrelser

Sveriges Kommuner och landsting (SKL) har den 16 december 2016 beslutat att ingå en överenskommelse med staten om Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017.

För frågor om överenskommelsens innehåll kontakta Mikael Malm, avdelningen för vård och omsorg, SKL, tel: 08-452 78 31, e-post: mikael.malm@skl.se.

Mvh

Karin Särnå
Handläggare
Styrelsesekretariatet

Sveriges Kommuner och Landsting
Hornsgatan 20
118 82 Stockholm
+46 8 452 72 64
+46 76 125 19 80
www.skl.se

Genomlysning för framtidens psykiatri i Region Halland

Rapport | 21 mars 2017

Genomlysning för framtidens psykiatri i Region Halland

1. Innehåll

1. Innehåll 2

2. Sammanfattning 3
2.1 Översikt av förbättringsområden 4

3. Bakgrund 7

4. Metod och genomförande 8

5. Faktaunderlag från genomlysningen av framtidens psykiatri 9
5.1 Övergripande beskrivning av den nuvarande verksamheten 9
5.2 Vilka är patienterna som möter/borde möta psykiatrin? 11
5.3 Vilken psykiatrisk vård produceras och i vilken omfattning? 19
5.4 Hur ser de mest centrala strukturella faktorerna ut? 32
5.5 Lärande exempel från omvärlden 40

6. Identifierade förbättringsområden för att skapa framtidens psykiatri 48
6.1 Fyra teman för förbättringsområden 48
6.2 Öka delaktigheten hos patienter, brukare och närstående 48
6.3 Utveckla vårdprocesser och arbetssätt 50
6.4 Säkerställ kompetensförsörjning utifrån patienternas behov 58
6.5 Utveckla ledning, styrning och uppföljning av den specialiserade psykiatrin 62

7. Rekommendationer för nästa steg 67

2. Sammanfattning

Utifrån en gradvis utveckling av utmaningar och ett ökande ekonomiskt underskott för den specialiserade psykiatrin i egen regi beslutade Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) under våren 2016 om att genomföra en genomlysning för att identifiera förbättringsområden inom verksamheten.

För att skapa en helhetsbild av psykiatrins förutsättningar och utmaningar idag och på sikt har genomlysningen gjorts utifrån ett antal frågeställningar med syftet att identifiera förbättringsområden inom psykiatrin:

- Vilka är patienterna som möter/skulle behöva möta psykiatrin?
- Vilken psykiatrisk vård produceras och i vilken omfattning?
- Hur ser de mest centrala strukturella faktorerna ut?

För att besvara frågeställningarna ovan har en kombination av kvantitativ- och kvalitativ metod använts i genomlysningsarbetet. Intervjuer har genomförts med företrädare inom psykiatrin och med företrädare från övrig hälso- och sjukvård som möter patienter med psykisk ohälsa, till exempel närsjukvården och Hallands sjukhus. Vidare har socialtjänstföreträdare, företrädare från brukar, patient- och närståendeföreningar samt företrädare från politisk ledning intervjuats. Kvantitativ analys av en rad olika datakällor har genomförts för att bland annat få en bild av patientpopulationen, vårdkonsumtionen, samverkan mellan enheter och organisationen inom psykiatrin.

Utifrån insikterna från genomlysningen har ett antal förbättringsområden identifierats. Nästa fas av arbetet innebär att prioritera förbättringsområden för 2017 och inom dessa identifiera aktiviteter för att utveckla psykiatrin i linje med invånarnas behov.

Självklart är det så att det görs mycket bra inom psykiatrin idag. Många patienter och brukare får varje dag hjälp mot sin psykiska ohälsa. Att beskriva detta är dock inte i fokus för denna rapport som syftar till att identifiera förbättringsområden.

Sammanfattningsvis kan sägas att det kommer att krävas ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete inom psykiatrin. De identifierade förbättringsområdena kan sorteras under fyra teman och listas nedan, samtliga är i linje med målen, de strategiska valen och prioriteringarna inom hälso- och sjukvårdsstrategin 2017-25, med det övergripande långsiktiga målet *"En hälso- och sjukvård för bättre hälsa".* De utmaningar och förbättringsområden som identifierats inom psykiatrin är helt i linje med de som ses för den somatiska vården:

I. Öka delaktigheten hos patienter, brukare och närstående
II. Utveckla vårdprocesser och arbetssätt
III. Säkerställ kompetensförsörjning utifrån patienternas behov
IV. Utveckla ledning, styrning och uppföljning av den specialiserade psykiatrin

Hälso- och sjukvårdsutskottet fattade i februari 2017 beslut om att ge Driftsnämnden för psykiatrin i uppdrag att inleda förbättringsarbetets första fas utifrån ett antal konkreta förbättringsområden. Under 2017 kommer förslagsvis ytterligare två faser av förbättringsarbete att initieras.

2.1 ÖVERSIKT AV FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Genomlysningen har resulterat i ett antal insikter kring förbättringsområden. Insikterna är grupperade i fyra teman.

Öka delaktigheten hos patienter, brukare och närstående

i. Etablera processer för att systematiskt analysera och implementera lärdomar från existerande källor
ii. Etablera processer och verktyg så att alla verksamheter enkelt kan samla in återkoppling från patienter/brukare och närstående för att följa upp pågående verksamhet och vid utvecklingsarbete
iii. Möjliggör för invånarna att göra informerade val när de söker psykiatrisk vård
iv. Systematisk använda verktyg och metoder för att säkerställa individanpassad information och kommunikation som möjliggör delaktighet från patienter/brukare och närstående

Utveckla vårdprocesser och arbetssätt

Nå ut till och ta emot invånare med behov av specialiserad psykiatrisk vård

i. Nå ut till de invånare som är i behov av specialiserad psykiatrisk vård men inte själva förmår att etablera och/eller upprätthålla kontakt
ii. Inkludera psykiatriska patienter i breddinförandet av ambulant bedömning
iii. Förbättra remisshanteringen genom bland annat stärkt remisskvalitet och triagering
iv. Utveckla metoderna för konsultativt stöd – både från psykiatrin till andra specialiteter och från andra specialiteter till psykiatrin
v. Erbjuda tillgänglighet så att både första besök och start av utredning åtminstone når upp till vårdgarantin
vi. Utveckla metod för att minska inflödet till akutmottagningen av yngre patienter vars behov kan mötas utanför specialistsjukvården

Leverera en jämlik och sammanhållen vård av hög kvalitet med god kostnadseffektivitet utifrån invånarnas behov

Exempel på åtgärder med utgångspunkt i öppenvården

i. Utveckla arbetssätt inom psykiatrin
    a. Öka produktiviteten inom öppenvårdspsykiatrin
    b. Kartlägga och analysera förbättringsmöjligheter för patienternas väg genom vården för särskilt stora och snabbt växande patientgrupper
    c. Etablera arbetssätt som möjliggör erbjudande av akuta tider inom öppenvården
ii. Utveckla samverkan inom psykiatrin och med övriga aktörer som möter patienter med psykisk ohälsa
    a. Utvärdera samordningsmöjligheter inom öppenvården; barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, närsjukvård och delar av den kommunala omsorgen
    b. Stärka samverkan mellan den psykiatriska öppenvården och heldygnsvården
    c. Stärka samverkan mellan den psykiatriska vården och motsvarigheter inom kommunen
    d. Möjliggör och rulla ut digitala vårdmöten för samordnad vårdplanering
    e. Säkerställ ”Trygg och säker utskrivning från sluten vård”
    f. Fullfölj utvecklingen av ett effektivt IT-stöd för informationsöverföring (mellan hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen)

Exempel på åtgärder med utgångspunkt i heldygnsvården

i. Minska belastningen på heldygnsvården
ii. Utveckla ”mellanvårdsformer” för att avlasta heldygnsvården och bättre möta patienternas behov

iii. Skifta från specialiserad heldygnsvård genom läkarmedverkan i hemsjukvården och avancerad vård i hemmet
iv. Säkerställa ett framgångsrikt genomförande av planen för utveckling av missbruks- och beroendevården från 2012

Exempel på åtgärder med utgångspunkt i nationella kvalitetsjämförelser

i. Exempel på behov av kvalitetsutveckling för patienter med psykossjukdom
ii. Exempel på behov av kvalitetsutveckling för patienter med bipolär sjukdom
iii. Exempel på behov av kvalitetsutveckling för att patienter med psykisk ohälsa ska få adekvat behandling för somatiska sjukdomar

Säkerställ kompetensförsörjning utifrån patienternas behov

Veta vilken kompetens man behöver och långsiktigt arbeta för att säkerställa den

i. Kartlägga behovet av kompetens, definiera målvärden och utveckla långsiktiga åtgärdsplaner
ii. Optimera användningen av bemanningspersonal

Nyttja den kompetens man har på ett ändamålsenligt sätt

i. Planera kompetensomfattning och arbetssätt utifrån invånarnas behov
ii. Breddinföra utvecklad arbetsfördelning (Framtidsarbetet)
iii. Införa webbtidbok (Framtidsarbetet)
iv. Införa förenklad läkemedelsförsörjning med bland annat slutenvårdsdos
v. Införa Framtidens Vårdinformationsstöd

Ha en långsiktigt hållbar arbetsmiljö

i. Minska sjukfrånvaron till samma nivå som i övrig förvaltning inom Region Halland

Utveckla ledning, styrning och uppföljning av den specialiserade psykiatrin

Säkerställa tydlig koppling mellan de övergripande målen och vad som utförs i den dagliga verksamheten

i. Arbeta utifrån den styrkedja och de styrdokument som finns
ii. Sätta gemensamma mål som omfattar produktivitet, kvalitet och ekonomi
iii. Stärka samarbetet och genomförandekulturen från ledningsgruppsnivå och ut i hela verksamheten
iv. Vidareutveckla och förankra formella roll- och uppdragsbeskrivningar
v. Se över befintlig ersättningsmodell baserat på utgångspunkten att stärka graden av målstyrning
vi. Förstärka kunskapsstyrningen genom att inleda ett systematiskt arbete med regionala vårdprogram och riktlinjer samt säkerställa rutiner för inrapportering till nationella kvalitetsregister
vii. Inför enhetliga rutiner för uppföljning, utvärdering och produktionsplanering på samtliga nivåer
viii. Etablera processer för kontinuerligt lärande
ix. Stärka analyskapaciteten inom psykiatrin genom olika utbildningsinsatser och komplettering av datakällor

Planera så att de olika alternativen för utförare kombineras och följs upp för att på mest ändamålsenliga sätt möta patienternas behov

För invånare i Halland:

i. Inom Halland eller inom andra landsting/regioner
ii. Inom egen eller privat regi
iii. För invånare från andra landsting/regioner
iv. Utvärdera om det finns än mer ändamålsenliga organisationsmodeller för den egna specialiserade psykiatrin

3. Bakgrund

Sedan ett antal år tillbaka har utmaningarna inom den specialiserade psykiatrin tilltagit med bland annat ett växande ekonomiskt underskott. Två olika organisationsförändringar har genomförts men utan att tydligt förändra situationen. 2013 genomfördes den första som innebar att de två geografiska enheterna Norr och Söder slogs samman och 2014 den andra då den vuxenpsykiatriska heldygnsvården och öppenvården delades upp i separata verksamheter. Psykiatrin är nu inne på sin tredje förvaltningschef på fyra år. De hade en förvaltningschef 2012 till maj 2015 och därefter en interimschef fram till februari 2016 då den nuvarande förvaltningschefen tillträdde.

De växande utmaningarna bekräftades i analys av Regionkontoret under 2015 och analysfasen av arbetet med hälso- och sjukvårdsstrategin 2016. Under första kvartalet 2016 prognostiserades ett budget underskott för 2016 på cirka 28 MSEK men det utvecklades under året och slutresultatet var minus 52 MSEK, det vill säga ett underskott motsvarande cirka 10 procent av budgeten för 2016.

Under våren 2016 beslutade Hälso- och sjukvårdsutskottet om att genomföra en genomlysning för att identifiera förbättringsområden för psykiatrin framåt utifrån en fördjupad förståelse av nuläget invånarnas behov. Samtliga förbättringsområden skulle vara i linje med de ramar som definierats inom hälso- och sjukvårdsstrategin 2017-25.

4. Metod och genomförande

För att kunna svara upp mot genomlysningens övergripande syfte har en kombination av olika metoder använts. Sammantaget har omkring 70 personer intervjuats inom ramen för genomlysningen. Intervjupersonerna har representerat olika funktioner både inom och utanför psykiatrin. Sammanfattningsvis har intervjuer genomförts med företrädare som är verksamma inom psykiatrin – både personer som representerar det förvaltningsövergripande perspektivet samt funktioner som arbetar inom de olika verksamhetsområdena. Vidare har företrädare från övrig hälso- och sjukvård, till exempel närsjukvården och Hallands sjukhus, socialtjänstföreträdare, företrädare från brukar-, patient- och närståendeföreningar samt företrädare från politisk ledning intervjuats. Intervjuerna var av semistrukturerad karaktär, det vill säga med öppet ställda frågor som sedan konkretiserats utifrån den intervjuades svar på respektive fråga. Intervjuerna syftade till att kartlägga och sammanställa olika befintliga subjektiva perspektiv kring nuläget inom psykiatrin för att skapa en helhetsbild av situationen inom verksamheten. Vissa intervjuer har genomförts enskilt medan andra genomförts i grupp. Majoriteten av intervjuerna har skett ansikte mot ansikte och några har gjorts per telefon.

Utöver genomförandet av intervjuer har även kvantitativa analyser genomförts. Analyserna baseras på ett flertal olika datakällor. Största delen av analyserna är gjorda utifrån vårddata från journalsystemetet VAS. Analyser har även baserats på data från det specialiserade vårdvalet vuxenpsykiatri i Region Halland (Vårdval Finans). Andra datakällor är uppgifter kring kostnader, personalstatistik, remitteringar samt uppgifter om sjukfrånvaro har hämtats direkt från psykiatriförvaltningen. Vissa gjorda analyser baseras på nationell sekundärdata såsom Vården i siffror (öppna jämförelser), Socialstyrelsens hälsodataregister, uppgifter kring nettokostnader från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt Folkhälsoenkäten.

Genomlysningen genomfördes av en arbetsgrupp med representanter från regionkontorets avdelning för analys och uppföljning samt en verksamhetsutvecklare från psykiatrin och med externt stöd av Health Navigator. Arbetsgruppen rapporterade till den för genomlysningen upprättade styrgruppen vid regelbundna avstämningar. I styrgruppen fanns utöver hälso- och sjukvårdsdirektören också cheferna för regional samverkan, analys och uppföljning, närsjukvården samt psykiatrin. Under arbetets gång har genomlysningens resultat stämts av och kvalitetssäkrats ett flertal gånger i psykiatrins ledningsgrupp och utifrån en initial ambition om ett agilt arbetssätt där förbättringsområden under genomlysningens gång parallellt skulle plockas upp för utveckling av förbättringsåtgärder inom psykiatrin. Delresultat har också presenterats för Hälso- och sjukvårdsutskottet samt för representanter från Driftsnämnden för psykiatrin.

5. Faktaunderlag från genomlysningen av framtidens psykiatri

Detta kapitel inleds med en övergripande beskrivning av den psykiatriska vården i Halland och fortsätter sedan med en beskrivning av nyckelinsikter utifrån genomlysningens kvalitativa och kvantitativa analyser. Analysarbete har genomförts utifrån tre frågeställningar:

- *Vilka är patienterna som möter/borde möta psykiatrin?*
- *Vilken psykiatrisk vård produceras och i vilken omfattning?*
- *Hur ser de mest centrala strukturella faktorerna ut?*

Den kompletta samling av analysresultat finns sammanställt i den faktabilaga som bifogas denna rapport. Det är de samlade resultaten och insikterna från genomlysningsarbetet som ger underlag för de förbättringsområden som har identifierats.

5.1 ÖVERGRIPANDE BESKRIVNING AV DEN NUVARANDE VERKSAMHETEN

Psykiatrin i Halland

Psykiatrin i Halland utgörs av egen regi som har heldygnsvård i Halmstad och Varberg samt öppenvård i samtliga sex kommuner och ca 650 anställda. Psykiatrin har en gemensam förvaltningsledning i Varberg med en verksamhetschef för heldygnsvården för vuxna, en för öppenvården för vuxna och en för all barn- och ungdomspsykiatri. Det finns också en rättspsykiatrisk verksamhet i Varberg med 10 vårdplatser och öppenvård. Rättspsykiatrin är inte inkluderad i denna genomlysning.

I Halland infördes vårdval inom närsjukvården 2007. I januari 2014 infördes vårdval för specialiserad vård inom psykiatri och hud. Vårdvalet psykiatri gäller för vuxna för utredning och behandling av de fyra diagnoserna depression, bipolär störning, ADHD och ADD. Totalt har minst nio mottagningar varit registrerade inom vårdvalet psykiatri men i augusti 2016 var det fem registrerade. Ersättningen baseras på 13 olika typer av vårdepisoder, hälften av dessa utgår från olika typer av enstaka besök. Övriga episoder handlar om fördjupad utredning, psykoedukation, psykoterapi, samrådsmöte och farmakologiska bedömning. För dessa diagnoser mottar mottagningarna i egen regi samma ersättning som de privata vid behandling av patienter som uppfyller kraven enligt vårdvalets kriterier

Kommunal verksamhet för invånare med psykisk ohälsa

Kommuner har ansvar för personer med psykiska funktionshinder[1]. Kommunernas ansvar ligger i att initiera, planera och samordna de sociala insatserna för personer med psykiskt funktionshinder. Kommunen har också ansvar för viss hälso- och sjukvård. I kommunens ansvar ingår att:

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter.
- Initiera och påtala behov av stöd från samhället som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Medverka till att personen får tillgång till rehabilitering.
- Tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov.
- I särskilda boenden och dagverksamhet ansvara för omvårdnad och allmän hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå.

[1] SOU 2006:100 Ambition och ansvar, sid 325

Samtliga kommuner i Halland bedriver verksamheter för stöd och hjälp riktad till personer med psykiska funktionsnedsättningar och missbruks- eller beroendesjukdom. Kommunala insatser omfattar bland annat boendestöd till personer med psykiska funktionsnedsättningar och dagverksamhet. I Kungsbacka och Halmstad har samordningsprojekt mellan olika aktörer som arbetar med missbruks- och beroendevård etablerats. Vård- och stödsamordningen möjliggör samtida insatser för personer med psykiska ohälsa i kombination med missbruks- och beroendesjukdom.

Missbruks- och beroendevård i Halland

Regeringen beslutade i mars 2013 om propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* (prop. 2012/13:77). I regeringsbeslutet ingår en lagstadgad skyldighet för kommuner och landsting att från 1 juli 2013 ingå överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen kring missbruks och beroendevård. Utifrån regeringsbeslutet gavs den taktiska gruppen inom programområdet Missbruk, drogberoende i uppdrag att göra en utredning ta fram förslag för hur en optimal missbruksvård skulle kunna vara organiserad i Hallands län. Inom ramen för utredningen genomfördes en mångbesökskartläggning. Kartläggningen omfattade patienter med diagnosen missbruk eller beroende och som under en 12 månadsperiod hade varit inlagd vid en psykiatrisk intensivvårdsavdelning (PIVA) minst tre gånger. Kartläggningen fann att vårdkedjan brister på ett antal punkter, bland annat att det saknas samordning mellan olika huvudmän, att det kan vara svårt att få hjälp och stöd när patienterna befinner sig i särskilt utsatta situationer och att behovet av samtidig somatisk vård vid inskrivningen ofta inte tillgodoses. Utifrån analysresultat samt resultat från kartläggningen formulerades fyra huvudförslag som syftade till att utveckla missbruks- och beroendevården i Halland:

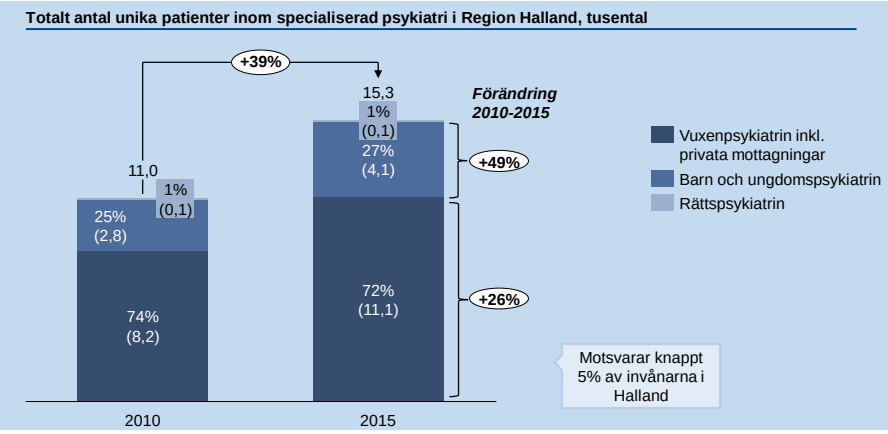
1. *Etablering av beroendeavdelning med heldygnsvård.* Det taktiska rådet föreslog att en länsövergripande beroendeavdelning knuten till specialistvården skulle inrättas. Vårdavdelningen skulle fungera som ett led i en sammanhållen vårdkedja med såväl kommunala och regionala aktörer involverade. I september 2016 öppnades en beroendeavdelning på Varbergs sjukhus. På grund av svårigheter att rekrytera personal är idag endast 10 av 12 planerade vårdplatser öppna, dessutom saknas de fyra tillnyktringsplatserna som var planerade. Vårdavdelning har till hälften finansierats av regionens sex kommuner och till hälften av Region Halland.
2. *Samlokalisering närsjukvård och kommunernas öppenvård.* Det taktiska rådet föreslår vidare att hälso- och sjukvårdspersonal från närsjukvården i varje kommun samlokaliseras med kommunernas öppenvård. Samordning av resurser med lokal förankring och närhet till brukarna bidrar till en mer sammanhållen vårdkedja för patienter med missbruks- och beroendeproblematik.
3. *Samlokalisering öppenpsykiatri och kommuner vid samsjuklighet.* För att stärka vården av patienter med både psykisk sjukdom och beroendeproblematik föreslås att personal från Socialtjänsten samlokaliseras vid de lokala psykiatriska öppenvårdsmottagningarna och att båda instanserna därmed tar ett gemensamt ansvar för patienten och dess vårdplanering. Det pågår förberedelser för att etablera ett tvärprofessionellt team i Halmstad för patienter från Halmstad, Hylte och Laholm. Det pågår planering kring ett team i Varberg/Falkenberg. Utifrån hur arbetet beskrivits låter det som om processen från ide till genomförande dragit ut på tiden.
4. *Beroendeläkare.* Slutligen föreslås det att en läkare specialiserad i missbruks- och beroendevård tillsätts med uppgift att leda och utveckla beroendevården samt stödja samtliga verksamheter där medicinsk beroendekunskap efterfrågas/behövs. På grund av svårigheter att rekrytera och en stor andel hyrläkare på beroendeavdelningen har i dagsläget ingen beroendeläkare tillsatts. Vid genomläsning av denna genomlysning återkopplade verksamheten att en sådan läkare anställts.

5.2 VILKA ÄR PATIENTERNA SOM MÖTER/BORDE MÖTA PSYKIATRIN?

Inom ramen för analysramverkets första frågeställning, som handlar om patienterna som möter eller borde möta psykiatrin, har ett flertal olika analyser gjorts. I detta avsnitt redovisas ett urval av dessa, för den kompletta analyssammanställningen se faktabilagan. Analyserna ligger även till grund för genomlysningens slutsatser.

Fler patienter möter psykiatrin i dag

Analyserna bekräftar en till viss del redan känd utveckling, det vill säga att antalet unika patienter inom psykiatrin som helhet har ökat över tid. Mellan år 2010 och år 2015 kan en ökning om knappt 40 procent ses inom den samlade specialiserade psykiatrin. Under 2015 fick drygt 15 000 patienter specialiserad psykiatrisk eller rättspsykiatrisk vård i Halland vid öppenvårdsmottagningar och heldygnsvårdsavdelningar i egen regi samt vid privata mottagningar inom ramen för vårdval specialiserad psykiatri. Knappt 1 000 patienter folkbokförda i andra län fick specialiserad psykiatrisk vård i Halland under 2015 (Figur 1).

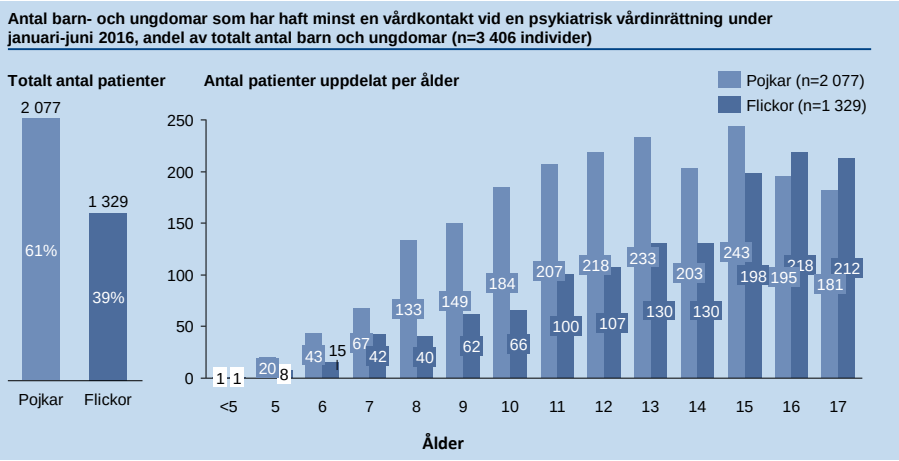


Not: Data omfattar samtliga patienter som har haft minst en vårdkontakt inom psykiatri Halland i egen regi och/eller en vårdkontakt vid en privat mottagning inom ramen för specialiserat vårdval psykiatri under åren 2010 och 2015. Under 2015 fick 256 (6%) barn- och ungdomar från andra län än Halland vård inom BUP och 594 (5%) vuxna utomlänspatienter fick vård inom vuxenpsykiatrin. Under 2015 fick 3 utomlänspatienter rättspsykiatrisk vård i Halland. Patienter som har fått psykiatrisk eller rättspsykiatrisk vård i annat län visas ej.
Källa: VAS-data

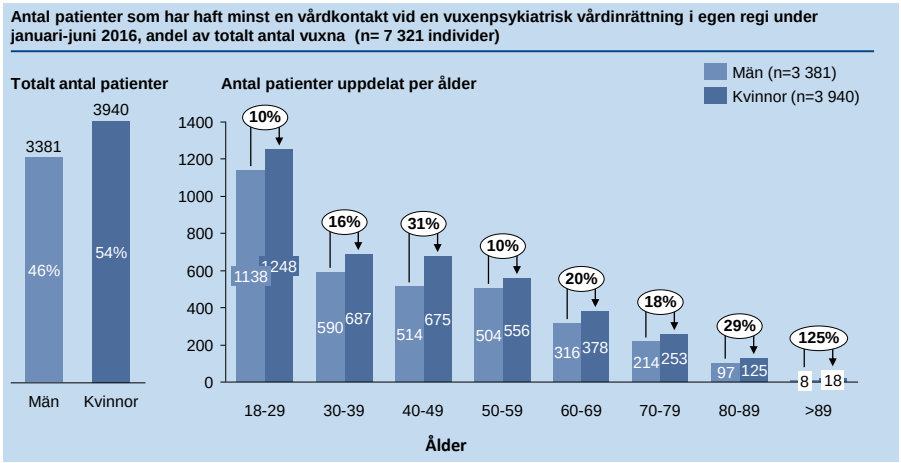
Figur 1: Antal unika patienter inom specialiserad psykiatri i Region Halland, tusental

Bland barn- och unga utgör pojkar den största andelen medan det inom vuxenpsykiatrin finns en överrepresentation av kvinnor

Inom barn- och ungdomspsykiatrin är pojkar överrepresenterade och stod för 61 procent av det totala antalet unika patienter som fick specialiserad psykiatrisk vård under första halvåret 2016 (Figur 2). Inom vuxenpsykiatrin var kvinnor överrepresenterade i samtliga åldersgrupper och stod för 54 procent av det totala antalet unika patienter som fick specialiserad psykiatrisk vård i egen regi (Figur 3).



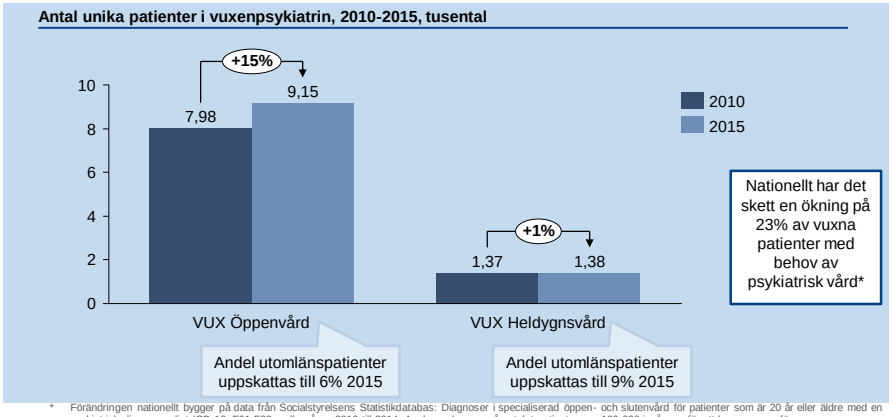
Figur 2: Antal barn och ungdomar som har haft minst en vårdkontakt vid en psykiatrisk vårdinrättning under januari-juni 2016.



Figur 3: Antal patienter som har haft minst en vårdkontakt vid en vuxenpsykiatrisk vårdinrättning under januari-juni 2016.

Inom vuxenpsykiatrin har antalet unika patienter ökat

Inom vuxenpsykiatrin i Region Hallands egen regi har antalet unika patienter ökat över tid. Vuxenpsykiatrisk öppenvård står för den största ökningen av patienter (Figur 4).



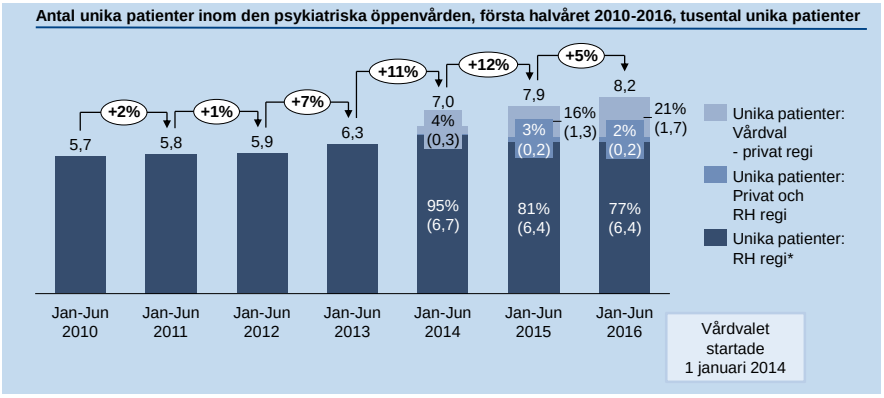
* Förändringen nationellt bygger på data från Socialstyrelsens Statistikdatabas: Diagnoser i specialiserad öppen- och slutenvård för patienter som är 20 år eller äldre med en psykiatrisk diagnos enligt ICD-10: F01-F99 mellan åren 2010 till 2014. Analysen bygger på antalet patienter per 100 000 invånare för att kompensera för befolkningsökningen.

Not: Data omfattar samtliga patienter över 18 år som har fått vård vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar eller heldygnsvårdavdelningar i region Hallands egen regi. Data omfattar inte patienter som har fått vård vid privata mottagning i Halland eller som att fått offentlig eller privat psykiatrisk vård i annat län. Patienter som har fått rättspsykiatrisk vård i eller utanför Halland är exkluderade från analysen. Under 2015 behandlades 505 och 120 utomlänspatienter inom Region Hallands psykiatriska öppenvård respektive psykiatrisk heldygnsvård.

Källa: VAS-data, Socialstyrelsens Statistikdatabas (åtkomst: 2016-08-30)

Figur Y4: Antal unika patienter som har haft minst en vårdkontakt vid en psykiatrisk vårdinrättning i Region Hallands egen regi.

I juni 2014 startades vårdvalet för specialiserad psykiatri i Halland. Inom ramen för vårdvalet kan privata mottagningar erbjuda vård till patienter med diagnoser för beteendestörning, depression, ångestsyndrom och bipolär sjukdom. Effekten av införandet av vårdvalet för specialiserad psykiatri var en ökning av antalet unika patienter på totalen och en utplaning av antalet unika patienter inom egen regi (Figur 5a). Vidare visar analyser att 31 procent av alla patienter i vårdvalet har tidigare inte har fått psykiatrisk vård i egen regi eller i närsjukvården (Figur 5b).

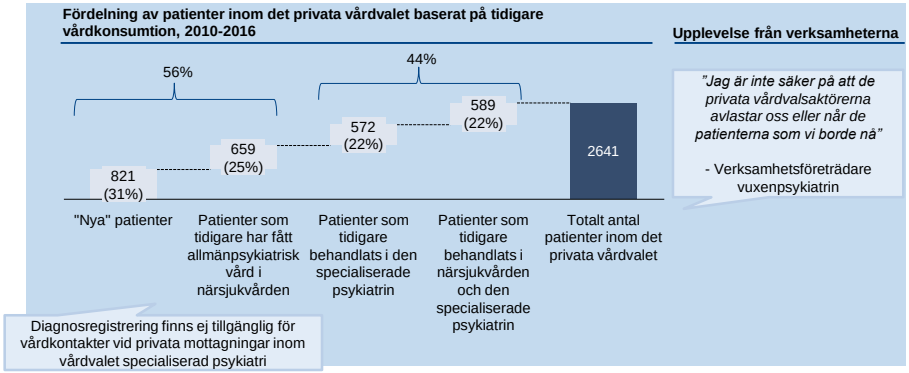


* Data omfattar samtliga patienter folkbokförda i Halland som har fått psykiatrisk öppenvård i Region Hallands egen regi, både inom ramen för vårdvalet samt övrig psykiatrisk öppenvård.

Not: Data omfattar samtliga patienter folkbokförda i Halland som är 18 år eller äldre och som har fått specialiserad psykiatrisk vård i Region Hallands egen regi mellan januari och juni 2010-2016 samt patienter 18 år eller äldre som har fått vård vid en privat psykiatrisk mottagning inom ramen för det specialiserade vårdvalet mellan januari och juni 2014-2016. Data omfattar inte patienter som har fått offentlig eller privat psykiatrisk vård i annat län eller patienter folkbokförda i annat län som har fått specialiserad psykiatrisk öppen- eller heldygnsvård i Halland. För respektive år visas andelen patienter som har fått både psykiatrisk öppenvård inom Region Hallands egen regi samt privat regi under det givna året. Patienter som har fått rättspsykiatrisk vård i eller utanför Halland är exkluderade från analysen.

Källa: VAS-data, Vårdval Finans

Figur 5a: Antal unika patienter inom den psykiatriska öppenvården (privat och egen regi), första halvåret 2010-2016, tusental unika patienter

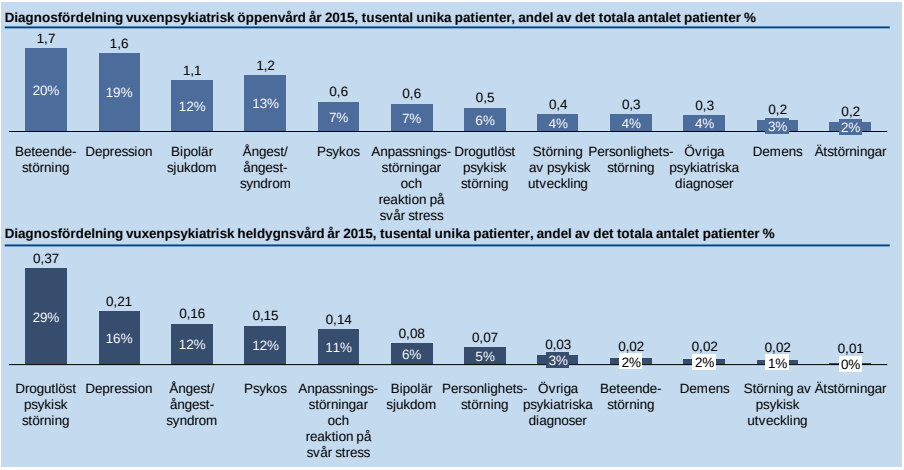


Not: "Nya" patienter definieras som patienter som inte haft kontakt med den specialiserade psykiatrin i Region Hallands egen regi och heller inte har fått en psykiatrisk huvuddiagnos inom närsjukvården under perioden januari 2010 fram till den första vårdkontakten vid en privat mottagning inom ramen för specialiserat vårdval psykiatri. Analysen är baserad på samtliga unika patienter som är folkbokförda i Halland och som har haft minst en vårdkontakt vid en privat mottagning inom ramen för Vårdval Halland – specialiserat vårdval psykiatri mellan år 2014-2016. Utifrån denna grupp har uppskattningar gjorts huruvida de har haft minst ett vårdtillfälle i närsjukvården med en registrerad F-diagnos som huvuddiagnos samt huruvida de har fått öppen- och/eller heldygnsvård inom psykiatrin i Region Hallands egen regi mellan januari 2010 och det första vårdkontakten vid en privat mottagning inom ramen för Vårdval Halland – specialiserat vårdval psykiatri. Notera att beräkningarna inte tar hänsyn till antal vårdtillfällen inom respektive nivå, utan endast unika patienter när den unika patienten besökt närsjukvården, öppenvården och heldygnsvården. Notera att antalet patienter som har fått vård inom den psykiatriska öppenvården i Region Hallands regi inkluderar patienter som fått vård inom ramen för Vårdval Halland – specialiserat vårdval psykiatri samt övriga patienter inom psykiatrin.
Källa: VAS-data 2010-2016, Vårdval Finans

Figur 5b: Fördelning av patienter inom det privata vårdvalet baserat på tidigare vårdkonsumtion, 2010-2016

Vissa diagnoser är vanligt förekommande inom vuxenpsykiatrin

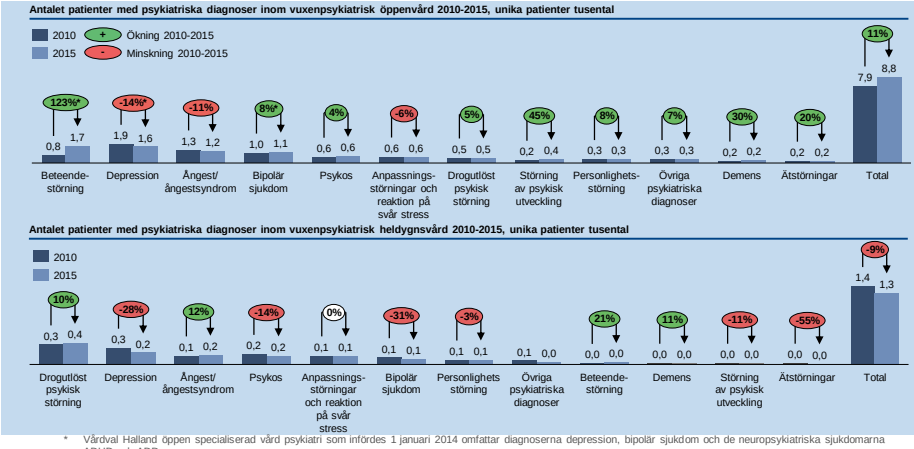
Vissa mönster vad gäller diagnoser inom vuxenpsykiatrin kan noteras, samtidigt som skillnader mellan öppen- och heldygnsvården ses. Inom den öppna vuxenpsykiatrin hade 20 procent av patienterna diagnoser inom gruppen beteendestörningar år 2015, vilket innebär att detta var den mest förekommande diagnosgruppen. Därutöver hade en relativt stor andel patienter (knappt 45 procent) depression, bipolär sjukdom samt ångest/ångestsyndrom. Inom heldygnsvården noteras i viss mån andra mönster. Här var den vanligaste diagnosen istället drogutlöst psykisk störning år 2015. Andra vanligt förekommande diagnoser inom heldygnsvården var depression, ångest/ångestsyndrom och psykos (motsvarade omkring 40 procent av samtliga diagnoser) under samma år (Figur 6).



Not: Data omfattar samtliga halländska patienter som är 18 år eller äldre med minst en psykiatrisk huvuddiagnos och som har fått vård vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar eller heldygnsvårdsavdelningar inom Region Halland egen regi under 2015. Notera att vissa patienter har fått mer än en diagnos, därav är det totala antalet patienter med psykiatrisk diagnos något högre än antalet unika patienter. Data omfattar inte utomlänspatienter och patienter som har fått vård vid privata psykiatriska vårdinrättningar.
Källor: VAS-data

Figur 6: Diagnosfördelning inom vuxenpsykiatrin

När det kommer till utvecklingen av diagnoser inom psykiatrin över tid, ses en ökning av vissa diagnostyper. Inom öppenvården har diagnoser inom gruppen beteendestörningar ökat med 123 procent mellan år 2010 till 2015. Även inom heldygnsvården har diagnoser inom gruppen beteendestörningar ökat procentuellt sett mest under samma period (Figur 7).



* Vårdval Halland öppen specialiserad vård psykiatri som infördes 1 januari 2014 omfattar diagnoserna depression, bipolär sjukdom och de neuropsykiatriska sjukdomarna ADHD och ADD

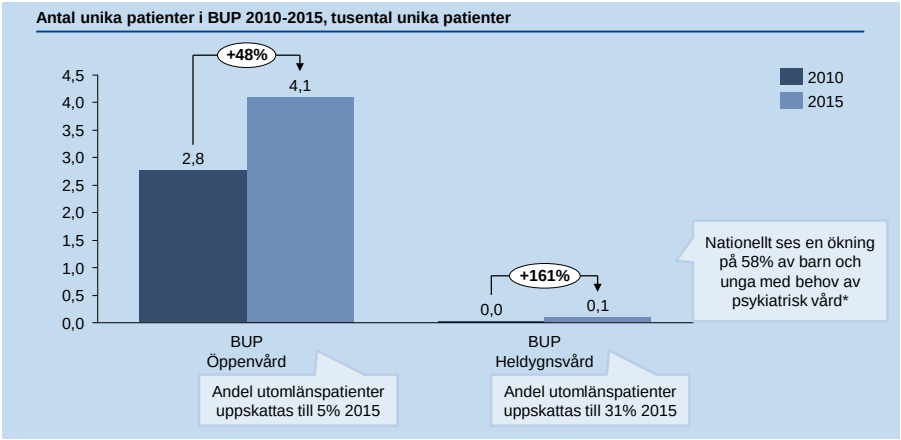
Not: Data omfattar samtliga halländska patienter som är 18 år eller äldre med minst en psykiatrisk huvuddiagnos och som har fått vård vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar eller heldygnsvårdsavdelningar inom Region Halland egen regi under 2010 och 2015. Notera att vissa patienter har fått mer än en diagnos, därav är det totala antalet patienter med psykiatrisk diagnos något högre än antalet unika patienter. Data omfattar inte utomlänspatienter och patienter som har fått vård vid privata psykiatriska vårdinrättningar.

Källor: VAS-data

Figur 7: Förändring över tid av antalet patienter med respektive diagnosgrupp.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin har antalet unika patienter ökat inom den specialiserade öppenvården

Inom barn- och ungdomspsykiatrin ses en ökning av antalet unika patienter över tid. Jämfört med utvecklingen inom vuxenpsykiatrin är ökningen proportionerligt sett större här (Figur 8).



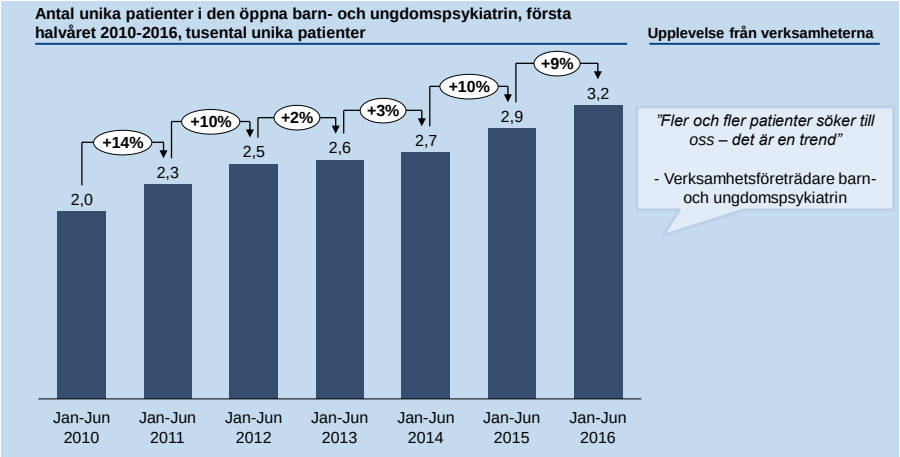
* Förändringen bygger på data från Socialstyrelsens Statistikdatabas: Diagnoser i öppen- och slutenvård för patienter i åldern 0-19 år med en psykiatrisk diagnos enligt ICD-10: F01-F99 åren 2010 till 2014. Analysen bygger på antalet patienter per 100 000 invånare för att kompensera för befolkningsökningen.

Not: Data omfattar unika patienter 0-17 år som har haft minst ett vårdtillfälle inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin åren 2010 och 2015. Under 2015 behandlades 246 utomlänspatienter inom barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård samt 27 utomlänspatienter inom barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård.

Källa: VAS-data

Figur 8: Antal unika patienter i barn- och ungdomspsykiatrin år 2010 och 2015.

Mellan första halvåret 2010 till första halvåret 2016 har antalet unika patienter inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin ökat konstant (Figur 9).

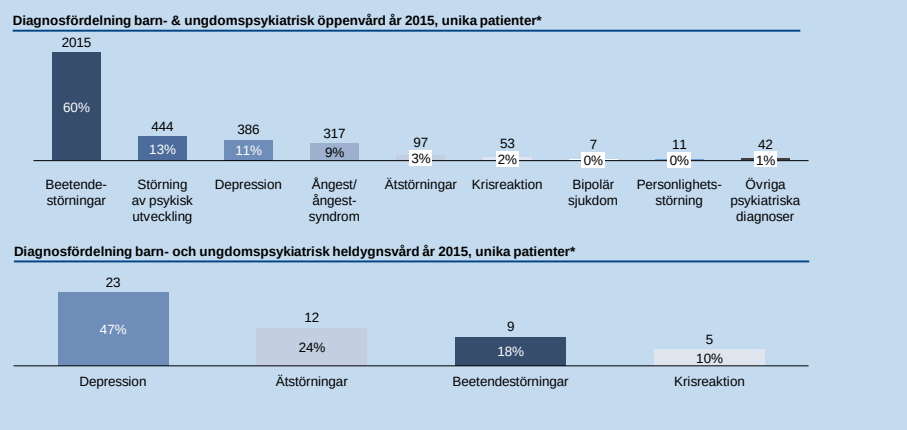


Not: Data omfattar unika patienter 0-17 år som har fått vård vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar mellan januari 2010 till juli 2016. Under 2015 behandlades 246 utomlänspatienter inom BUP öppenvård.
Källa: VAS-data

Figur 9: Antal unika patienter i barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård första halvåret 2010 till 2016.

Beteendestörningar är särskilt vanligt förekommande inom barn- och ungdomspsykiatrin

De diagnoser som registrerats mest inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin ligger inom gruppen beteendestörningar. År 2015 hade omkring 60 procent av patienterna inom den öppna barn- och ungdomspsykiatrin denna typ av diagnoser. Andra vanligt förekommande diagnoser var under samma år störning av psykisk utveckling (13 procent) samt depression (11 procent). Inom den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården[2] hade istället 47 procent av patienterna depression under 2015 vilket innebär att denna diagnos var den vanligaste detta år. Andra vanliga diagnoser inom heldygnsvården år 2015 var ätstörningar (24 procent) samt beteendestörningar (18 procent) (Figur 10).

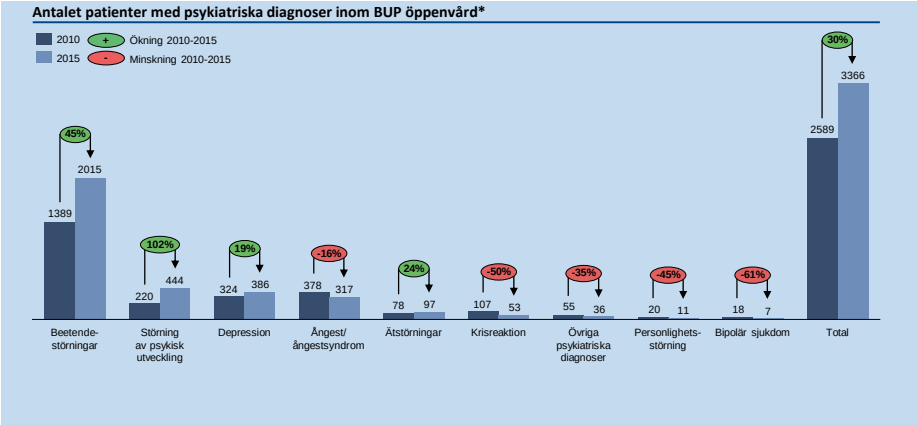


* Diagnosgrupper där patientantalet understiger 5 har exkluderats från analysen på grund av integritetsskäl
Not: Data omfattar samtliga patienter i åldern 0-17 år med minst en psykiatrisk huvuddiagnos och som har fått vård vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar eller heldygnsvårdsavdelningar inom Region Halland under 2015. Notera att vissa patienter har fått mer än en diagnos, därav är det totala antalet patienter med psykiatrisk diagnos något högre än antalet unika patienter. Stapeldiagrammet visar antalet pojkar och flickor med diagnoser för beteendestörningar år 2015. Data omfattar endast patienter folkbokförda i Halland. Under 2015 behandlades 246 utomlänspatienter inom BUP öppenvård samt 27 utomlänspatienter inom BUP heldygnsvård.
Källor: VAS-data

Figur 10: Antal och andel patienter med respektive psykiatrisk diagnos.

Vad gäller utvecklingen över tid har diagnoser som faller inom ramen för störning av psykisk utveckling ökat mest procentuellt sett. Detta både inom öppen- och heldygnsvården. Samtidigt rör det sig om en förhållandevis liten ökning i absoluta termer. I absoluta tal ses istället den största ökningen beteendestörningar i öppenvården och depression i heldygnsvården (se figur 11[3]).

[2] Notera att patientgruppen endast omfattar knappt 60 patienter.
[3] På grund av att patientgruppen inom heldygnsvården är så begränsad har analysen exkluderats till följd av anonymitetsskäl.



* Diagnosgrupper där patientantalet understiger fem har exkluderats från analysen på grund av integritetsskäl

Not: Data omfattar samtliga patienter i åldern 0-17 år med minst en psykiatrisk huvuddiagnos och som har fått vård vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar eller heldygnsvårdsavdelningar inom Region Halland under 2010 och 2015. Notera att vissa patienter har fått mer än en diagnos, därav är det totala antalet patienter med psykiatrisk diagnos något högre än antalet unika patienter. Då antalet patienter är begränsat inom heldygnsvården samt för diagnosen psykos har på grund av integritetsskäl uppgifter kring detta exkluderats från analysen.

Källor: VAS-data

Figur 11: Antal patienter med psykiatriska diagnoser inom barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård.

I intervjuerna beskrivs att patienterna blivit fler över tid och att vårdtyngden har ökat

Bilden av att antalet unika patienter ökat över tid beskrivs i genomförda intervjuer. Inom vuxenpsykiatrin stämmer inte denna beskrivning fullständigt överens med det faktiska utfallet. Analyserna ovan visar förvisso att antalet unika patienter har ökat på totalen mellan år 2010-2015, respektive mellan 2010-2016. Samtidigt ser vi att det skett en utplaning mellan år 2014-2015 inom psykiatrin i egen regi. Beskrivningarna bekräftar värdet av att löpande följa upp patientflödena, inte minst för att kunna planera vården på ett ändamålsenligt sätt.

”Resurserna räcker inte till för att vi ska träffa alla patienter eftersom de bara blir fler och fler”

- Verksamhetsföreträdare vuxenpsykiatrin

Man uppger även att patienterna successivt blivit tyngre. Inom barn- och ungdomspsykiatrin kan man, enligt intervjupersonerna, bekräfta att patienterna har mer omfattande problem i dag i jämförelse med tidigare. Detta genom de uppföljningar som görs av patienter som intervjuats via BUP-linjen.

”Under mina tio år i psykiatrin har patienterna bara blivit sjukare och sjukare”

- Verksamhetsföreträdare vuxenpsykiatrin

”Genom BUP-linjen vet vi att det blivit tyngre. Vi kan se att varje patient har en högre belastning i dag”

- Verksamhetsföreträdare barn- och ungdomspsykiatrin

Demografiska förändringar kommer också påverka hur behovet av psykiatrisk vård kommer att se ut framöver. Studier har visat att uppemot en tredjedel av alla nyanlända lider av psykisk ohälsa. Den psykiatriska vården kommer att behöva anpassa sig efter denna växande patientgrupps behov. Bara att etablera rutiner och processer för att enkelt och kostnadseffektivt kunna informera och kommunicera kommer att kräva en särskild insats.

”Demografiska strömningar kan ju ha betydelse. Huvuddelen av de nyanlända som kommer har ju någon form av psykisk ohälsa som kan spela roll för vår del”

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

”Om antalet nyanlända ökar så kommer det bli en stor utmaning för psykiatrin. Ungas psykiska ohälsa är en annan viktig fråga och här måste hela samhället ställa om, framför allt skolan och kommunerna”

- Företrädare politisk ledning

Man uppger att vården inte utformas utifrån patienternas behov i tillräcklig utsträckning

Olika intervjuade företrädare beskriver att det finns utvecklingspotential vad gäller att utforma vården från individens behov och önskemål. Patient- och brukarföreträdare pekar exempelvis på vikten att systematiskt undersöka patienters uppfattning och använda detta som ett underlag i förbättringsarbetet. Vissa lyfter fram värdet av att i högre utsträckning använda olika vårdmodeller som innebär ett ökat självbestämmande och större inflytande för patienten, till exempel patientstyrda inskrivningar. Många pekar även på behovet av att i större utsträckning ge patienter och brukare möjlighet till inflytande i beslutsprocesser för strategiskt viktiga frågor.

”Man måste anpassa vården efter individens behov i mycket större utsträckning än vad som görs idag”

- Brukar- och patientföreträdare

”Brukarundersökningar behövs för att få en bild av hur det ser ut. Genom undersökningar får man insyn och man ser vad som behöver förbättras, och patienter/brukare får inflytande”

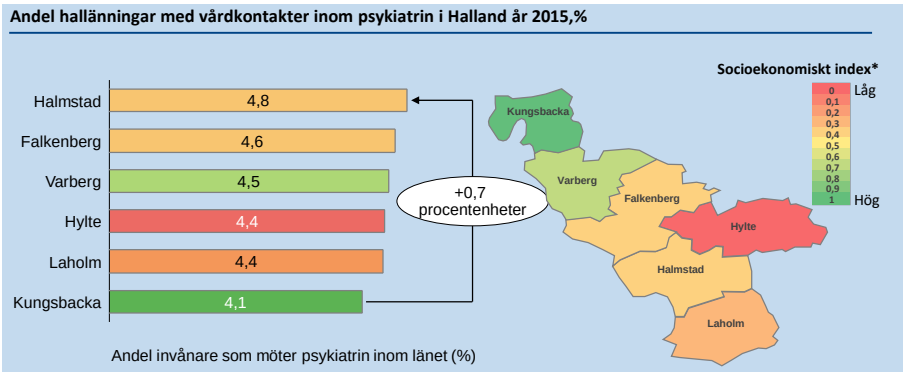
- Brukar- och patientföreträdare

Vissa patientgrupper riskerar att ”falla mellan stolarna” i vården enligt intervjuade företrädare

Intervjuade företrädare beskriver att vissa patientgrupper har en ökad risk för att inte få en tillräckligt god vård. Här lyfts framförallt patienter med komplexa behov fram, exempelvis individer med behov av stöd från både socialtjänsten och psykiatrin, individer med psykiatrisk och somatisk samsjuklighet eller med svåra neuropsykiatriska funktionshinder. Socialtjänstföreträdare beskriver det överlag som att vissa av deras brukare, i dag inte får tillgång till den specialiserade psykiatrin i den mån de behöver. Verksamhetsföreträdare från psykiatrin uppger i stället att resurserna i dagsläget är otillräckliga för att psykiatrin ska kunna svara upp mot patienternas behov i tillräcklig utsträckning. Vissa menar istället att enklare patientfall tränger undan individer med svåra tillstånd och därmed stora behov av psykiatrisk vård.

Inget tydligt samband kan ses mellan socioekonomi och andelen invånare med vårdkontakt till psykiatrin

För att lära känna patientpopulationen ytterligare har vissa analyser baserade på socioekonomi, hemort och vårdkonsumtion gjorts. Det är väl känt att patienters socioekonomiska status på aggregerad nivå påverkar såväl hälsan som graden av vård som patienten konsumerar. Patienter med generellt sett högre socioekonomisk status har i regel bättre hälsoutfall och tar del av vården i större utsträckning än individer med relativt lägre socioekonomisk status. Genomförda analyser kan emellertid inte bekräfta någon tydlig koppling mellan socioekonomi och vårdkonsumtion. I första ledet konstruerades ett socioekonomiskt index. Med hjälp av detta har vi sedan skattat Region Hallands kommuner utifrån en socioekonomisk skala. Skalan visar att Kungsbacka kommun har relativt sett högst socioekonomisk status, medan Hylte kommun har relativt sett lägst socioekonomisk status. När det kommer till andelen patienter med minst en vårdkontakt med den specialiserade psykiatrin syns att variationerna mellan kommunerna generellt sett är låg, och att invånarna i Kungsbacka i genomsnitt har minst antal vårdkontakter inom psykiatrin (Figur 12). En möjlig förklaring är att invånarna i Kungsbacka i högre utsträckning söker psykiatrisk vård i andra landsting/regioner, till exempel i närliggande Västra Götalandsregionen.



* Index konstruerat på: 1) andel födda utanför EU/EFTA; 2) utbildningsnivå (kvoten av andelen invånare med minst gymnasial utbildning mot andelen invånare med högst förgymnasial utbildning); 3) andel förvärvsarbetande invånare boende i kommunen (nattbefolkning) i åldern 20-64 år samt 4) medelinkomst bland invånare över 20 år. Samtliga variabler har samma vikt. Området med lägst värde ges värdet 0 och området med högst värde ges värdet 1. Övriga distrikt fördelas relativt därefter.

Not: Andelen hallänningar med minst en vårdkontakt inom psykiatrin år 2015 omfattar individer i alla åldrar som har haft minst en vårdkontakt inom psykiatrin i Region Hallands egen regi eller privat regi inom ramen för vårdval specialiserad psykiatri. Vårdkontakter inom psykiatrin omfattar här öppen- och heldygnsvård inom psykiatrin. Data omfattar inte patienter som har fått rättspsykiatrisk vård.

Källa: VAS-data, Utbildningsnivå och härkomst för 2015; www.kolada.se, Medelinkomst och andelen förvärvsarbetare för 2014; www.SCB.se, Datautdrag: 2016-06-30

Figur 12: Andel patienter med minst en vårdkontakt med den specialiserade psykiatrin.

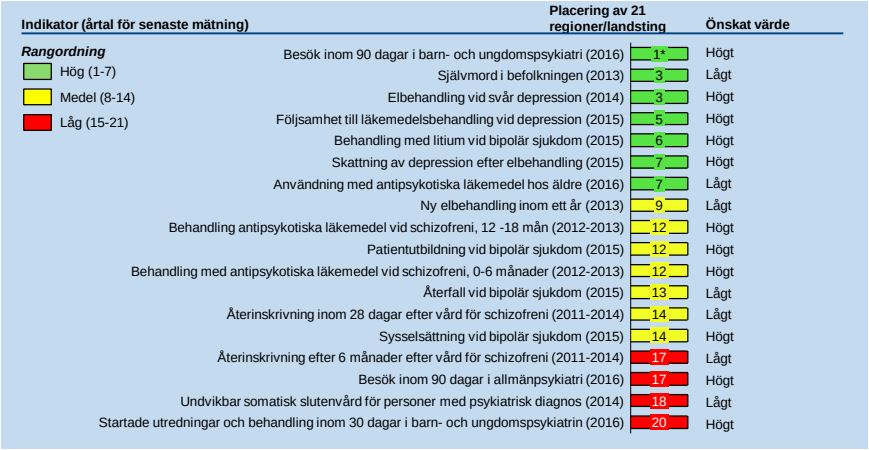
5.3 VILKEN PSYKIATRISK VÅRD PRODUCERAS OCH I VILKEN OMFATTNING?

Inom ramen för analysramverkets andra frågeställning, som handlar om den psykiatriska vård som produceras, har ett flertal olika analyser gjorts. I detta avsnitt redovisas ett urval av dessa. Analyserna ligger även till grund för genomlysningens slutsatser.

Översikt av kvalitetsindikatorer som beskriver vård av psykisk ohälsa i Halland satt i relation till övriga regioner/landsting

Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) öppna jämförelser visar att Halland placerar sig högt i relation till andra regioner/landsting vad gäller en rad områden som rör psykisk ohälsa. Halland placeras högt i jämförelse till andra regioner/landsting vad gäller indikatorer som beskriver andelen självmord i

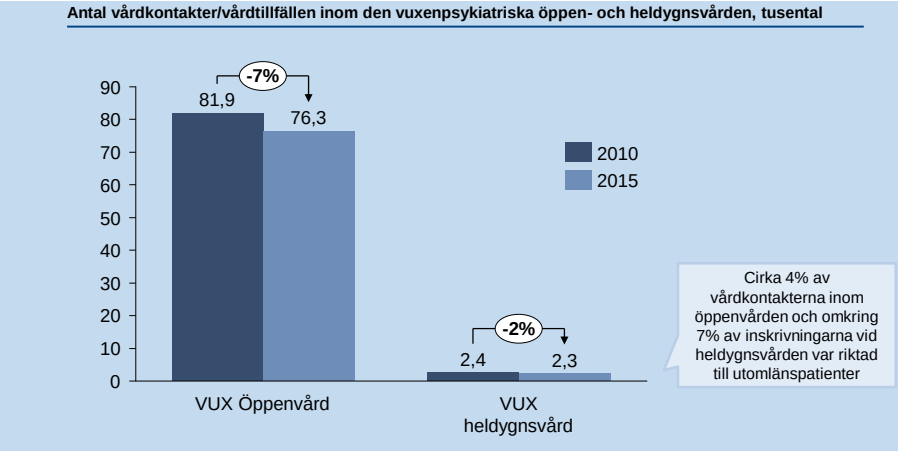
befolkningen, elbehandling vid svår depression samt andelen som får behandling med litium vid bipolär sjukdom. Det finns också ett antal indikatorer där Halland ligger i den mellersta eller nedre tredjedelen i jämförelse med andra regioner/landsting, som alla kommer att beröras i kapitlet om möjliga förbättringsområden[4].



* I 13 regioner/landsting, inklusive Halland, fick uppfyldes vårdgarandtin till 100 % vad avser besök inom 90 dagar i barn och ungdomspsykiatrin
Not Region Hallands placering i Öppna jämförelser för indikatorer som avser psykiatrisk vård. Placeringen är baserad på hur Region Halland placeras sig gentemot övriga 20 regioner/landsting. En hög placering (1-7) är indikerat med grönt, en låg placering (15-21) är indikerat med rött. Övriga placeringar (8-14) är indikerat med gult.
Källa: Vården i siffror, Indikatorer som avser psykiatrisk vård, Öppna jämförelser, Sveriges kommuner och landsting, socialstyrelsen, Health Navigator Analys

Antalet vårdtillfällen har minskat inom vuxenpsykiatrin men ökat inom barn- och ungdomspsykiatrin

Mellan år 2010 och 2015 har det totala antalet vårdtillfällen i egen regi minskat inom vuxenpsykiatrin – såväl inom öppen- som heldygnsvården (se figur 13).

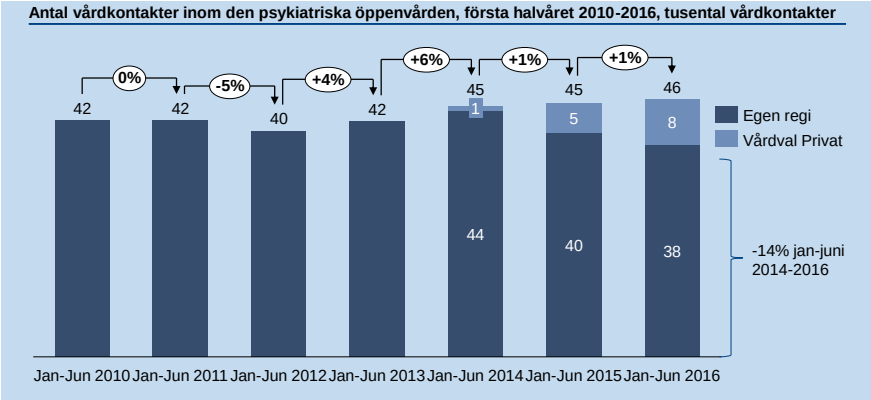


Not: Data omfattar samtliga vårdkontakter vid psykiatriska öppen- och heldygnsvårdinrättningar i Region Hallands egen regi och patienten var 18 år eller äldre. Under 2015 genomfördes 2 816 vårdkontakter vid psykiatriska öppenvårdsmottagningar samt 170 inskrivningar vid heldygnsvårdsavdelningar för patienter från annat län.
Källa: VAS-data

Figur 13: Antalet vårdkontakter/vårdtillfällen inom den vuxenpsykiatriska öppen- och heldygnsvården, tusental

Vid närmare analys av det samlade antalet vårdkontakter i den vuxenpsykiatriska öppenvården som omfattar både specialiserad psykiatrisk vård i egen regi och den psykiatriska vård producerad av privata mottagningar inom ramen för vårdvalet, har antalet vårdkontakter i öppenvården ökat något från första halvåret 2012 jämfört med första halvåret 2016. Analysen visar att ökningen framför allt kan härledas till de privata aktörernas vårdproduktion (se figur 14).

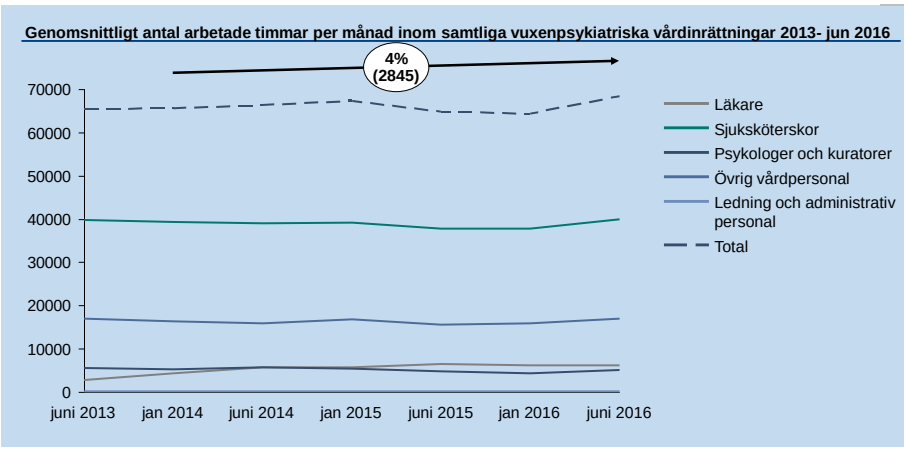
[4] Öppna jämförelser, Sveriges kommuner och Landsting och Nationella kvalitetsregistren, www.vardenisiffror.se, åtkomst 2017-02-16



Not: Data omfattar samtliga patienter folkbokförda i Halland som är 18 år eller äldre och som har fått specialiserad psykiatrisk vård i Region Hallands egen regi mellan januari och juni 2010-2016 samt patienter 18 år eller äldre som har fått vård vid en privat psykiatrisk mottagning inom ramen för det specialiserade vårdvalet mellan januari och juni 2014-2016. Data omfattar inte patienter som har fått offentlig eller privat psykiatrisk vård i annat län eller patienter folkbokförda i annat län som har fått specialiserad psykiatrisk öppenvård i Halland. Andelen patienter som har fått både psykiatrisk öppenvård inom både Region Hallands regi samt privat regi gäller endast vårdtillfällen under samma år. Patienter som har fått rättspsykiatrisk vård i eller utanför Halland är exkluderade från analysen.
Notera att vårdtillfälleskategorin "avvikit" har exkluderats från analys.
Källa: VAS-data

Figur 14: Antalet vårdkontakter inom den psykiatriska öppenvården, första halvåret 2010-2016, tusental vårdkontakter

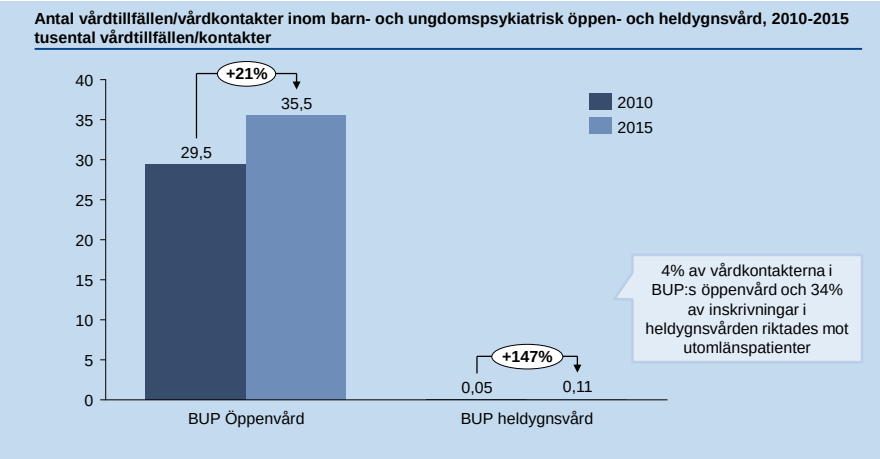
Trots att antalet vårdtillfällen inte ökat parallellt med att antalet unika patienter vuxit, ses en ökning vad gäller genomsnittligt arbetade timmar i vuxenpsykiatrin. (Figur 15).



Not: Antal arbetade timmar (närvaro) per yrkeskategori inkluderar enligt HR-enheten direkt patientarbete, administrativa uppgifter och jour. Det inkluderar inte utbildning, undervisning, sjukfrånvaro eller semester. Sjuksköterskor omfattar psykiatrisjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, avdelningschef/sjuksköterska, verksamhetschef/sjuksköterska. Läkare omfattar Specialistläkare, Överläkare, ST-underläkare samt underläkare med och utan legitimation. Övrig vårdpersonal omfattar skötare, behandlingsassistent och vårdbiträde. Notera att arbetade timmar ej inkluderar bemanningspersonal. Notera att det är den 30 juni som avses varje halvår.
Källa: Psykiatriförvaltningens redovisning av närvaro, Region Halland

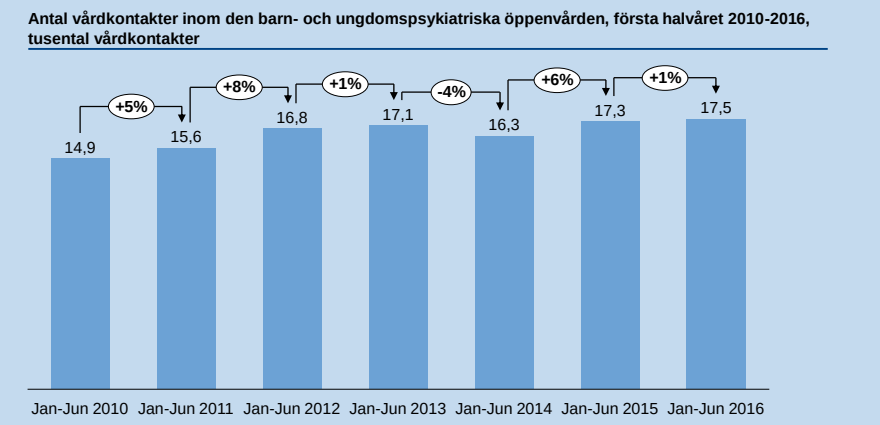
Figur 15: Genomsnittligt antal arbetade timmar per månad inom samtliga vuxenpsykiatriska vårdinrättningar januari 2013 till juni 2016.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin ses motsatt utveckling. Här ökar i stället antalet vårdtillfällen över tid, både sett till perioden år 2010-2015 samt mellan första halvåret 2010-2016 (Figur 16).



Not: Data omfattar samtliga vårdkontakter inom psykiatrisk öppen- och heldygnsvård där patienten var mellan 0-17 år. Under 2015 var 1542 vårdkontakter i öppenvården och 38 inskrivningar i heldygnsvården riktade mot utomlänspatienter.
Källa: VAS-data

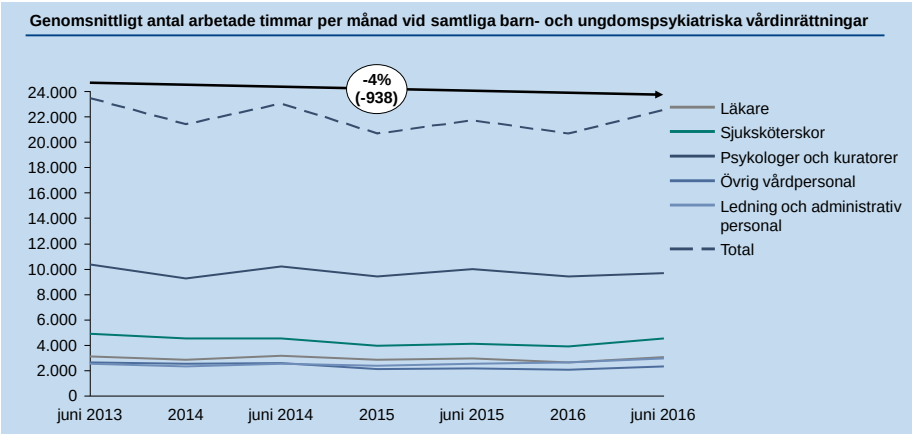
Figur 16a: Antal vårdtillfällen/vårdkontakter inom barn och ungdomspsykiatrisk öppen- och heldygnsvård, 2010-2015, tusental vårdkontakter/vårdtillfällen.



Not: Data omfattar samtliga patienter över 18 år som har fått vård vid psykiatrin i Region Hallands egen regi. Data omfattar inte patienter som har fått vård vid privat mottagning i Halland eller som att fått offentlig eller privat psykiatrisk vård i annat län. Patienter som har fått rättspsykiatrisk vård i eller utanför Halland är exkluderade från analysen. Under 2015 behandlades 591 utomlänspatienter inom Region Hallands psykiatriska öppenvård. Notera att vårdtillfälleskategorin "avvikit" har exkluderats från analys.
Källa: VAS-data

Figur 16b: Antal vårdkontakter inom den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården, första halvåret 2010-2015, tusental vårdkontakter.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin har även genomsnittligt arbetade timmar per månad minskat över tid, det vill säga i motsats till utvecklingen inom vuxenpsykiatrin (Figur 17).

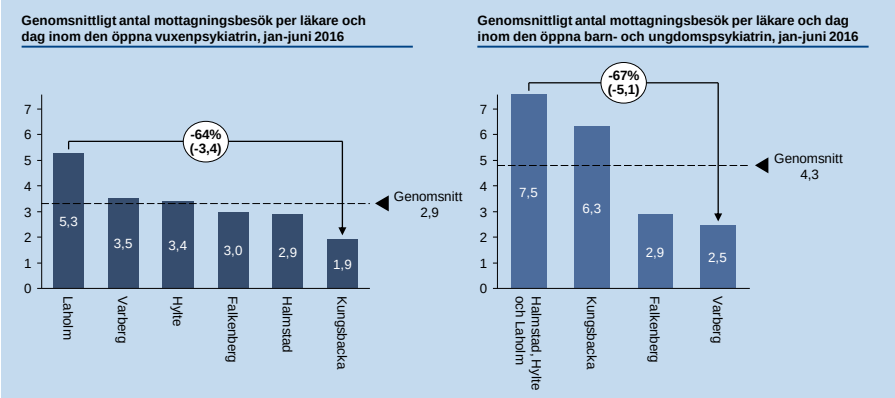


Not: Antal arbetade timmar (närvaro) per yrkeskategori inkluderar enligt HR-enheten direkt patientarbete, administrativa uppgifter och jour. Det inkluderar inte utbildning, undervisning, sjukfrånvaro eller semester. Sjuksköterskor omfattar psykiatrisjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, avdelningschef/sjuksköterska, verksamhetschef/sjuksköterska. Läkare omfattar Specialistläkare, Överläkare, ST-underläkare samt underläkare med och utan legitimation. Övrig vårdpersonal omfattar skötare, behandlingsassistent och vårdbiträde. Notera att arbetade timmar ej inkluderar bemanningspersonal.
Källa: Region Halland

Figur 17: Genomsnittligt antal arbetade timmar per månad inom samtliga barn- och ungdomspsykiatriska vårdinrättningar januari 2013 till juni 2016.

Varierande antal vårdkontakter per läkare och dag vid en jämförelse mellan de olika mottagningarna

När det kommer till genomsnittligt antal vårdkontakter per läkare och dag inom den öppna vuxenpsykiatrin så förekommer skillnader mellan olika mottagningar (se figur 18). Vid den vuxenpsykiatriska mottagningen i Laholm genomför till exempel läkarna i genomsnitt fler besök per dag i jämförelse med Kungsbacka. Skillnaden i genomsnittligt antal besök per läkare och mottagning mellan dessa två mottagningar uppgår till 64 procent. Variationerna indikerar att det finns utvecklingspotential, det vill säga att många läkare som är verksamma inom den specialiserade vuxenpsykiatrin i Halland kan träffa fler patienter. Skillnader kan också ses inom barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, dock är bilden något mer otydligt då enligt uppgifter från psykiatriförvaltningen beskriver en större rörlighet bland både patienter och vårdgivare samt att patienter ibland registreras som att de har fått vård i sin hemkommun trots att de har fått vård på en annan ort. Sammanfattningsvis kan det dock ses att läkare inom barn- och ungdomspsykiatrin genomför fler mottagningsbesök per dag jämfört med läkare vid de vuxenpsykiatriska mottagningarna (4,3 mottagningsbesök v.s. 1,9 mottagningsbesök per dag, Figur 18).



Not: Data beskriver ett genomsnittligt antal genomförda vårdkontakter per dag vid respektive öppenvårdsmottagning för barn- och ungdomspsykiatrin för perioden jan-juni 2016; Antalet vårdkontakter respektive mottagningsbesök per läkare per år och mottagning är dividerat med antalet vardagar per halvår; 123 dagar och antalet läkartjänster. Vårdkontakter omfattar: Behandling under vårdtillfälle (SV), brevkontakt, hembesök, hänvisad, konsult under vårdtillfälle i sluten vård, konsultbesök öppenvård, mottagningsbesök, telefonkontakt, vårdkonferens utan patient, öppenvård på annan plats.
Notera att läkare med uppdrag på kliniknivå samt forskning och utveckling uppgår till totalt 1,8 läkartjänster som inte kan kopplas till specifik mottagning exkluderats från analysen. Uppgifterna om antalet läkare per mottagning är hämtade från BUP:s verksamhetschef 2016-11-25 och det ska noteras att uppgifterna uppskattas gälla för första halvåret år 2016, men att det kan finnas osäkerhet kring sjukskrivningstal över tid och utfallet ska därför tolkas med viss försiktighet
Källa: VAS-data 2016, Uppgifterna om antalet läkare per mottagning är hämtade från BUP:s verksamhetschef den 2016-11-25

Figur 18: Genomsnittligt antal mottagningsbesök vid vuxen-, barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar i egen regi.

I intervjuerna med olika företrädare beskrivs graden av produktivitet på lite olika sätt. Vissa som är verksamma inom psykiatrin förklarar att det överlag är svårt att fokusera på produktivitet i termer av antal vårdkontakter inom psykiatrin. Detta bland annat eftersom patientsammansättningen varierar mycket och att svårt sjuka patienter med komplexa behov kräver mycket tid. Andra menar i stället att det är svårt att försvara att det generellt görs relativt få besök per dag, och att det finns behov av att bättre följa upp vad som görs för att få en tydlig bild av hur tiden används. Företrädare från BUP beskriver istället att man löpande försöker se över och anpassa rutiner och arbetssätt, vilket också påverkar vårdproduktionen.

”Det är tungt och man kan inte träffa tunga patienter löpande. Det måste man ha med i beräkningarna, man kan inte ha så mycket produktion”

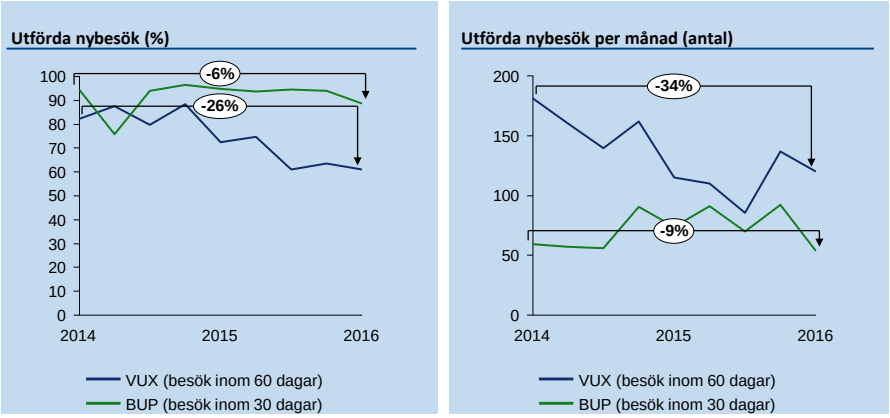
- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

”Man kan förstå från politikers perspektiv att det är orimligt att det görs så få besök per dag. Inom psykiatrin kan man inte visa på hur man använder timmarna”

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

Tillgängligheten i termer av väntetider har sjunkit

Tillgängligheten till den öppna vuxenpsykiatrin har generellt försämrats över tid. Till exempel har andelen patienter inom vuxenpsykiatrin som fått nybesök inom 60 dagar sjunkit med över 20 procentenheter mellan år 2014 och 2016. Analysresultatet ligger i linje med ovan beskrivna tendenser, det vill säga att antalet unika patienter ökar över tid samtidigt som det totala antalet vårdtillfällen minskar (inom egen regi). Inom BUP har andelen patienter som fått nybesök inom 30 dagar minskat med cirka sex procentenheter under samma period – en minskning som sannolikt kan förklaras av en parallell ökning av antalet unika patienter (Figur 19).



* VUX omfattar VUX + ÄT >18 år, inom 60 dagar (exklusive medicinskt vald väntan)
** BUP omfattar BUP + ÄT 0-17 år, inom 30 dagar (exklusive medicinskt vald väntan & patientvald väntan)
Not: Analysen bygger på antalet utförda nybesök per månad, i diagrammen presenteras ett genomsnittligt värde per kvartal i perioden Januari 2014 till Mars 2016.
Källor: Region Halland,

Figur 19: andelen patienter som fått nybesök inom 30 och 60 dagar inom BUP respektive vuxenpsykiatrin.

I intervjuer med företrädare från psykiatrin så beskrivs i vissa fall att tillgängligheten har sjunkit. Det uppges också finnas en konflikt mellan likvärdiga krav på generell tillgänglighet samtidigt som vissa grupper ska få ökad tillgänglighet. Andra intervjuade företrädare problematiserar kring begreppet tillgänglighet. Man menar att tillgänglighet enligt vårdgarantin är en sak medan väntetiderna inom vården är en annan, och att det finns förbättringspotential vad gäller det senare.

”Det finns en motsättning mellan kravet på förstärkt tillgänglighet för vissa grupper men med bibehållen generell tillgänglighet. Vår generella tillgänglighet har minskat här, det berodde på att Varberg hade svårt att leverera nybesök under en period och detta blev väldigt synligt”

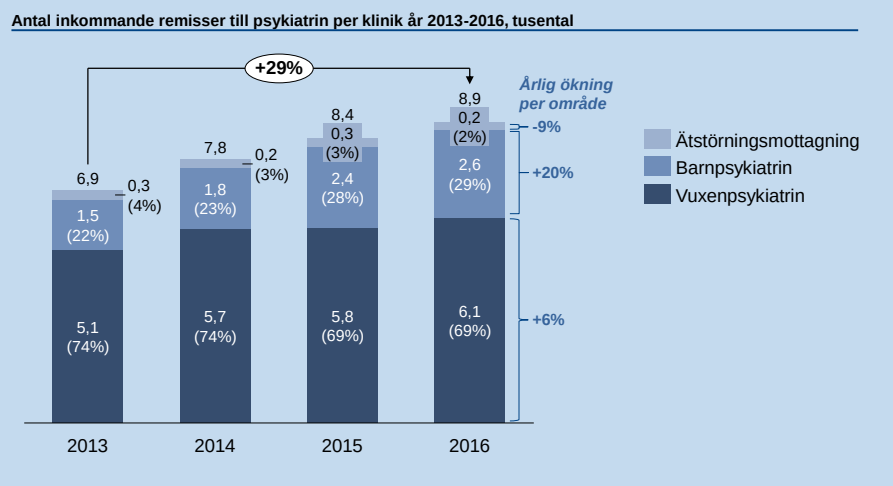
- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

”Vi har i dag tendensen att man snabbt får tid och tid för utredning. Man klarar därför tillgänglighetskraven. Samtidigt är det långa ledtider inom systemet. Hela vårdgarantin har byggt på att trycka in folk på 30 dagar och det har vi gjort”

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

Remisserna till psykiatrin har ökat

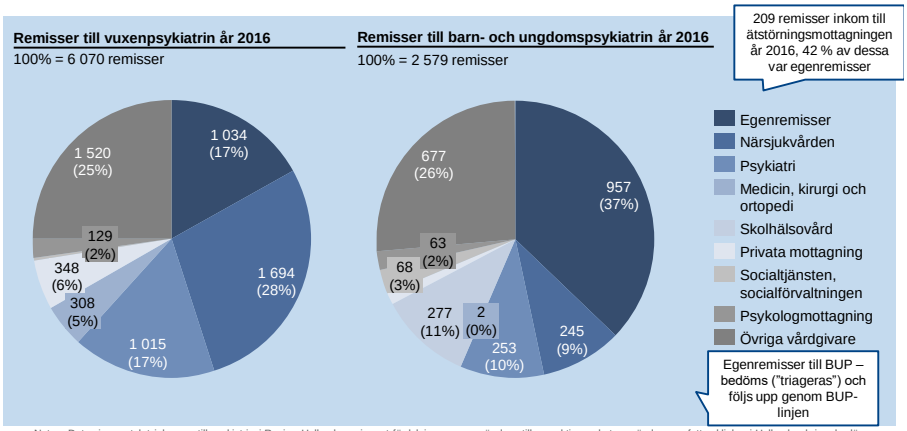
Bilden av att fler patienter söker sig till den specialiserade psykiatrin i dag jämfört med tidigare, bekräftas även av antalet inkomna remisser över tid. Antalet remisser till den specialiserade psykiatrin i egen regi ökade med drygt 29 procent 2013-16. 2016 inkom 8 900 remisser varav 6100 till vuxenpsykiatrin, 2600 till barn- och ungdomspsykiatrin och 200 till ätstörningsmottagningen (Figur 20). Inom barn- och ungdomspsykiatrin har man utvecklat en BUP-linje, genom vilken man utifrån en telefonkontakt triagerar alla patienter inklusive egenremisser. På vuxensidan finns det i dagsläget ingen motsvarighet, vilket gör det sannolikt att patienter kommer till den specialiserade psykiatrin trots att de kunnat få hjälp till exempel inom närsjukvården.



Källa: Psykiatriförvaltningens uppföljning av remittering

Figur 20: Antal inkommande remisser per klinik år 2013-2016, tusental

Av de 6 100 remisser som kom till vuxenpsykiatrin 2016 var 1034 stycken, drygt 17 procent egenremisser, det vill säga kontaktbrev direkt från patienter utan att behovet bekräftats av första linjens psykiatri vilket inkluderar bland annat närsjukvården. Inom barn- och ungdomspsykiatrin är denna andel betydligt större och egenremisser står för 37 procent av det totala antalet inkomna remisser. Från närsjukvården inkom 1 694 (28 procent) till vuxenpsykiatrin, inom barn- och ungdomspsykiatrin var motsvarande andel nio procent (245 remisser).
1 015 remisser 2016, 17 procent, var remisser som skickats internt inom psykiatrin; med ca 80 procent inom vuxenpsykiatrin, ca 20 procent från BUP till vuxenpsykiatrin och ca 1 procent från psykiatrin i andra landsting/regioner (Figur 21).



Not: Data visar antalet inkomna till psykiatrin i Region Hallands regi samt fördelningen av avsändare till respektive enhet, avsändare omfattar klinker i Halland och i andra län. Övriga vårdgivare omfattar specialiserad öppen- och slutenvård, bl.a. öron-näs-hals, förlossningsvård, endokrinologi, urologi, dermatologi, gynekologi samt mödrahälsovård, barnhälsovård, företagshälsovård och remisser där kommuner är avsändare. Närsjukvården omfattar både privata och offentliga vårdcentraler. Psykiatri omfattar BUP och vuxenpsykiatriska mottagningar och vårdavdelningar samt ätstörningsenheter. Privata mottagningar omfattar endast psykiatriska mottagningar som ligger inom ramen för det specialiserade vårdvalet psykiatri. Av de 1 015 remisser som inkom till vuxenpsykiatrin från andra psykiatriska enheter kom cirka 80 % från andra enheter inom vuxenpsykiatrin i Halland. Cirka 20 % kom från barn- och ungdomspsykiatrin i Halland. Mindre än 1 % kom från psykiatriska avdelningar/mottagningar i andra län.

Källa: Psykiatriförvaltningens uppföljning av remittering, Health Navigator analys

Figur 21: Antalet inkomna remisser till psykiatrin år 2016.

I intervjuerna bekräftas bilden av att antalet remisser har ökat samt att rutinerna för remittering varierar. Detta kopplas ihop med att det saknas samsyn kring var patienterna ska behandlas. Vissa lyfter även fram att det stora antalet egenremisser är problematiskt. Dels då det kräver förhållandevis mycket resurser att hantera denna typ av remisser, dels då det inte alltid är ändamålsenligt för patienter att söka sig direkt till den specialiserade vården.

"I regionen har man bestämt att vi med specialistkompetens ska ta emot alla som söker sig till oss. När vi får remisser från t.ex. vårdcentralerna så upprätthåller dessa generellt en viss standard, men det gör inte egenremisserna. Vi får en stor mängd remisser vilket blir belastande. Pelle kan skriva på en lapp att han har ADHD och vi måste ta hantera den på samma sätt som andra remisser. Det är en politisk verklighet som vi inte delar med andra landsting/regioner. Vill man verkligen att patienterna ska gå direkt till den specialiserade vården?"

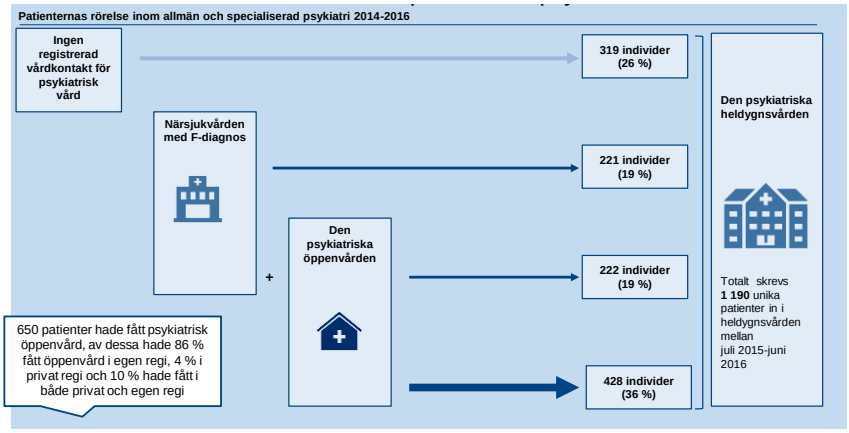
- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

"Det finns ingen enhetlig bild av när patienterna ska ut till närsjukvården, även okomplicerade patienter med t.ex. bipolär diagnos kommer tillbaka. HÖK:en är dåligt implementerad och det saknas överenskommelse om patienternas rörelse"

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

Bland de patienter som skrivs in i den psykiatriska heldygnsvården har en relativt stor andel inte fått någon psykiatrisk vård under de två senaste åren i länet

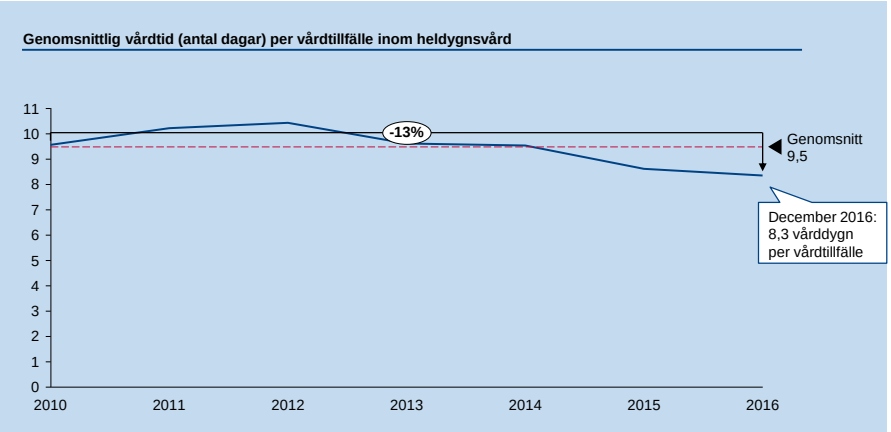
Analys av vuxna patienters flöde genom den psykiatriska vårdkedjan visar att bland de patienter som skrevs in i heldygnsvården hade 26 procent inte haft någon kontakt med vuxenpsykiatriska öppenvård eller haft någon vårdkontakt med närsjukvården där en psykiatrisk F-diagnos har registrerats under de två år som föranledde inskrivningen. Majoriteten (55 procent) av patienterna hade dock fått vård inom den psykiatriska öppenvården. 34 procent av dessa hade även fått psykiatrisk vård inom närsjukvården innan inskrivningen till heldygnsvården. Vidare hade en knapp femtedel fått psykiatrisk vård i närsjukvården men inte inom den öppna vuxenpsykiatrin (Figur 22).



Figur 22: Patienterna rörelse inom allmän och specialiserad psykiatri år 2014-2016.

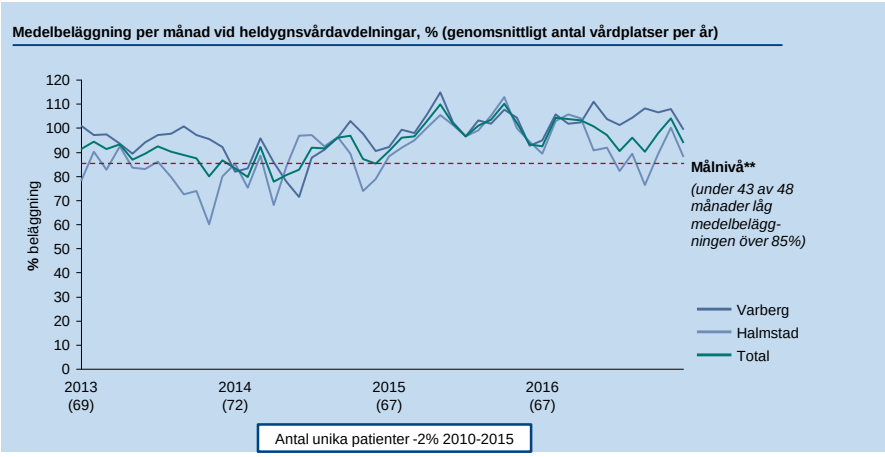
Det finns variationer mellan patientgrupper i hur mycket heldygnsvård de konsumerar och vad vården kostar

Analyser visar att vårdtiderna inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har minskat över tid med 13 procent (Figur 23) samtidigt som beläggningen på de psykiatriska avdelningarna har legat på en hög nivå sedan 2013 (Figur 24).



Not: Data omfattar patienter som är 18 år eller äldre inskrivna vid en psykiatrisk heldygnsvårdavdelning under det givna året. Patienter har behandlats på heldygnsavdelningar i Norr och Söder. Data exkluderar vårdtillfällen vid Rättspsykiatrisk slutenvårdsavdelning 21.
Källa: VAS-data,, Region Halland

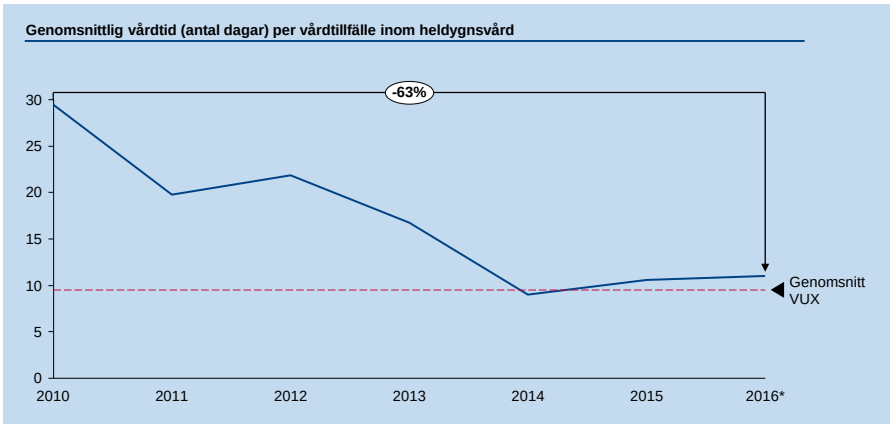
Figur 23: Genomsnittlig vårdtid (antal dagar) per vårdtillfälle inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården



** SOU 2016:2 Effektiv vård
Not: Medelbeläggning per månad för heldygnsvården i Norr och Söder exklusive avdelning 21 (rättspsykiatri) i Varberg. I parantes visas antalet vårdplatser per månad, under 2016 fanns det mellan 32 och 37 vårdplatser i Halmstad och mellan 30 och 40 vårdplatser i Varberg.
Källa: Psykiatriförvaltningen i Region Hallands uppföljning av beläggningsgrad, Region Halland

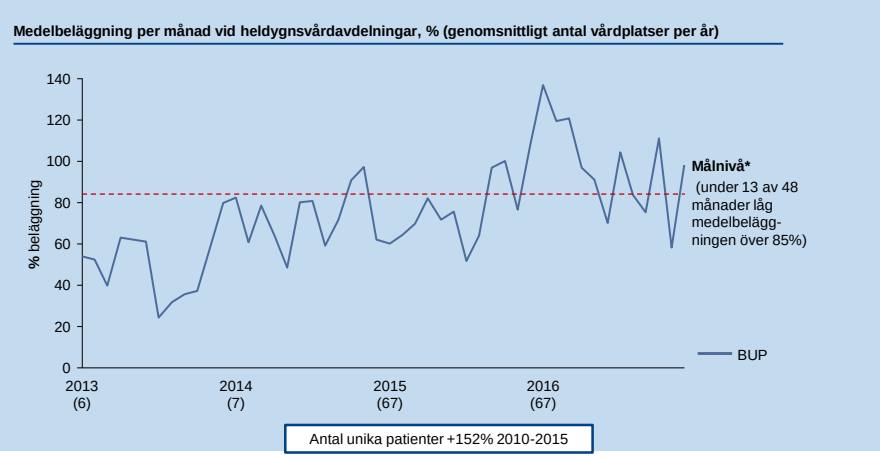
Figur 24: Medelbeläggning per månad vid de vuxenpsykiatriska heldygnsvårdavdelningarna, % (genomsnittligt antal vårdplatser per år)

Inom barn- och ungdomspsykiatrin har vårdtiderna inom heldygnsvården minskat än mer och tangerar nu vid medelnivån inom vuxenpsykiatrin (Figur 25), vidare har beläggningen legat över 85 procent vid en tredjedel av tiden sedan 2013 (Figur 26).



* Sträcker sig över perioden januari till juni 2016
Not: Data omfattar patienter som är 17 år eller yngre inskrivna vid en psykiatrisk heldygnsvårdavdelning under det givna året. Patienter har behandlats på heldygnsavdelningar i Norr och Söder. Data exkluderar vårdtillfällen vid Rättspsykiatrisk slutenvårdsavdelning 21.
Källa: VAS-data,, Region Halland

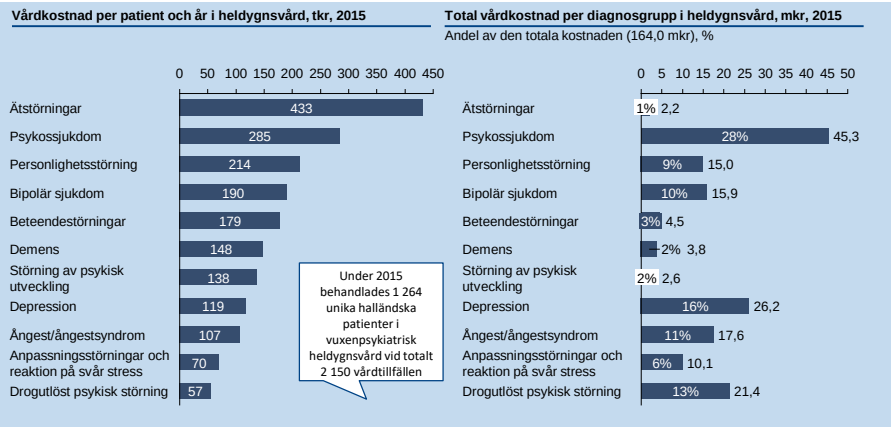
Figur 25: Genomsnittlig vårdtid (antal dagar) per vårdtillfälle inom den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården



* SOU 2016:2 Effektiv vård
Not: Medelbeläggning per månad för barn och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård. I parantes visas antalet vårdplatser per månad.
Källa: Psykiatriförvaltningen i Region Hallands uppföljning av beläggningsgrad, Region Halland

Figur 26: Medelbeläggning per månad vid de barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvårdavdelningarna, % (genomsnittligt antal vårdplatser per år)

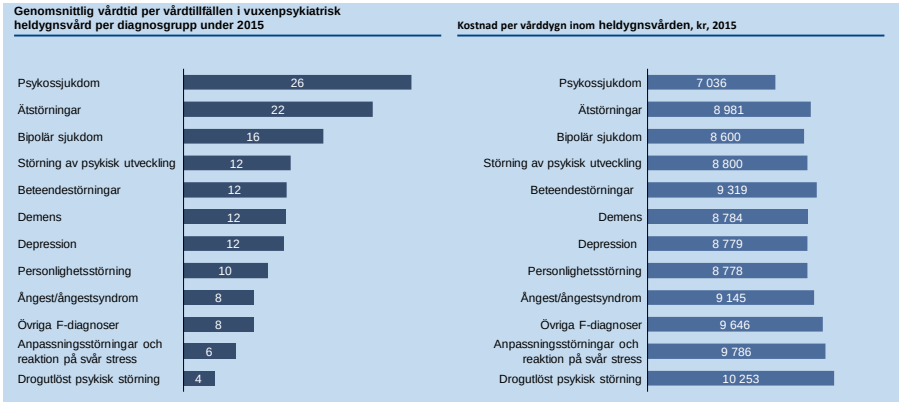
Den patientgrupp som utgör de största kostnaderna i den psykiatriska heldygnsvården är patienter med schizofreni och andra psykossjukdomar, dessa patienter stod 2015 för 28 procent av kostnaderna vilket motsvarar 45 MSEK. Den patientgrupp som kostade mest i genomsnittlig kostnad per patient var patienter diagnosticerade med ätstörningar. År 2015 kostade de drygt 400 000 kronor per patient (Figur 27).



Not: Analysen bygger på kostnad per patient (KPP) i vuxenpsykiatrisk heldygnsvård under 2015. Data omfattar ej vård riktad till patienter från andra län eller patienter som har fått rättspsykiatrisk vård. Diagnosgrupper omfattar: Demenssjukdom (F00-F04), Drogutlöst psykisk störning (F10-F19), Psykossjukdomar; Scizofreni, schizotypa störningar,och vanföreställningssyndrom (F20-F29), Bipolär sjukdom (F30-F31), Depression (F32-F39), Ångest/Ångestsyndrom (F40-F42), Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43), Ätstörningar (F50), Personlighetsstörning (F60-F69), Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79), Störning av psykisk utveckling (F80-F89), Beteendestörningar (F90-F98). Av de totalt 2 150 vårdtillfällen i heldygnsvården under 2015 hade 298 vårdtillfällen en annan diagnos än ovan nämna registrerad, dessa omfattar såväl andra F-diagnoser (105 vårdtillfällen) som andra diagnoser eller att diagnossättning saknas (193 vårdtillfällen). Notera att vissa patienter kan har haft flera vårdtillfällen under samma år med olika huvuddiagnoser, dessa patienter räknas här mer än en gång.
Källa: VAS-data, Health Navigator-analys

Figur 27: Vårdkostnad per patient inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården samt total vårdkostnad per patientgrupp.

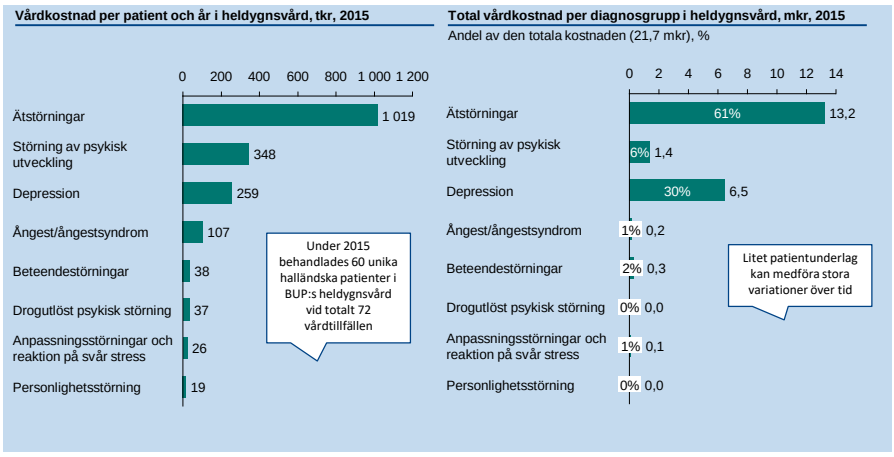
Genomsnittlig vårdtid per vårdtillfälle varierar mellan patientgrupper. Patienter med psykossjukdomar har längst vårdtid medan patienter med drogutläst psykisk störning vårdas kortast tid (Figur 28).



Not: Genomsnittlig vårdtid är uträknat på total antal vårddagar per år av respektive diagnosgrupp dividerat med totala antalet inskrivningar under 2015. Analysen bygger på kostnad per patient (KPP) i vuxenpsykiatrisk heldygnsvård under 2015. Data omfattar samtliga vårdkontakter inom psykiatrisk heldygnsvård där patienten var över 18 år. Data omfattar halländska patienter som har fått specialiserad psykiatrisk vård vid vårdinrättningar inom Region Hallands egen regi. Under 2015 behandlades 1292 vuxna med hemvist i Halland vid totalt 1942 heldygnsvårdtillfällen. Diagnosgrupper omfattar: Demenssjukdom (F00-F04), Drogutlöst psykisk störning (F10-F19), Psykossjukdomar; Scizofreni, schizotypa störningar,och vanföreställningssyndrom (F20-F29), Bipolär sjukdom (F30-F31), Depression (F32-F39), Ångest/Ångestsyndrom (F40-F42), Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43), Ätstörningar (F50), Personlighetsstörning (F60-F69), Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79), Störning av psykisk utveckling (F80-F89), Beteendestörningar (F90-F98). Genomsnittlig vårdtid för samtliga diagnosgrupper var 10,7 vårddygn.
Källa: VAS-data.

Figur 28: Genomsnittlig vårdtid per vårdtillfälle samt kostnad per vårddygn år 2015 inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården.

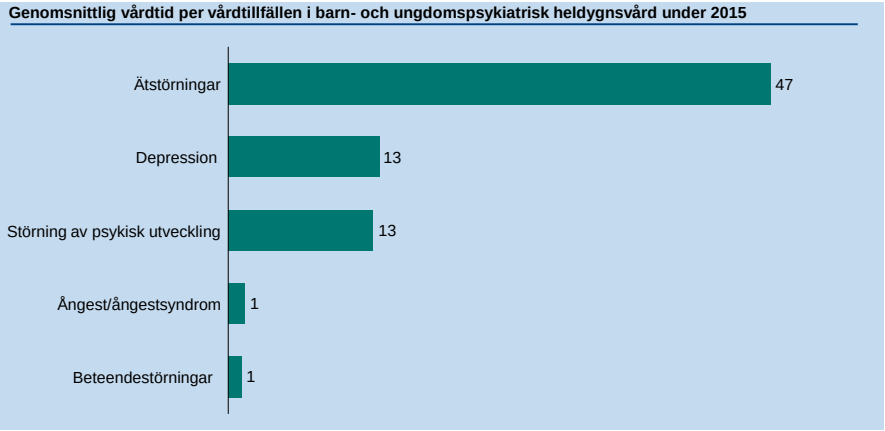
Inom barn- och ungdomspsykiatrin är patienter med ätstörningar de som har högst genomsnittlig kostnad per patient och år. Patienter med ätstörningar utgör också den patientgrupp som totalt kostar mest inom heldygnsvården (Figur 29).



Not: Analysen bygger på kostnad per patient (KPP) i barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård under 2015. Data omfattar ej vård riktad till patienter från andra län eller patienter som har fått rättspsykiatrisk vård. Diagnosgrupper omfattar: Demenssjukdom (F00-F04), Drogutlöst psykisk störning (F10-F19), Psykossjukdomar; Scizofreni, schizotypa störningar,och vanföreställningssyndrom (F20-F29), Bipolär sjukdom (F30-F31), Depression (F32-F39), Ångest/Ångestsyndrom (F40-F42), Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43), Ätstörningar (F50), Personlighetsstörning (F60-F69), Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79), Störning av psykisk utveckling (F80-F89), Beteendestörningar (F90-F98).
Källa: VAS-data, Health Navigator-analys

Figur 29: Vårdkostnad per patient inom den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården samt total vårdkostnad per patientgrupp.

Under 2015 behandlades 60 barn och ungdomar vid 72 vårdtillfällen inom den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. De patienter som hade längst genomsnittlig vårdtid och vårdtillfälle var barn och ungdomar diagnosticerade med ätstörningar (Figur 30). På grund av det låga antalet patienter i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården ska samtliga analyser tolkas med försiktighet, förändringar i patientpopulationen över tid kan ha stort genomslag vad gäller kostnader och vårdkonsumtion. Analys av genomsnittlig kostnad per vårddygn kunde inte göras på grund av det begränsade patientunderlaget.

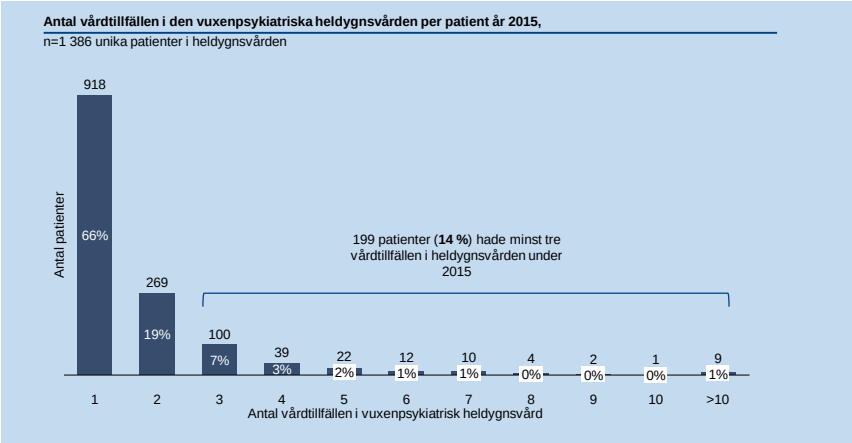


Not: Genomsnittlig vårdtid är uträknat på total antal vårddagar per år av respektive diagnosgrupp dividerat med totala antalet inskrivningar under 2015. Data omfattar samtliga vårdtillfällen inom psykiatrisk heldygnsvård där patienten var mellan 0-17 år. Data omfattar halländska patienter som har fått specialiserad psykiatrisk vård vid vårdinrättningar inom Region Hallands egen regi. Under 2015 behandlades 60 barn och ungdomar med hemvist i Halland vid totalt 72 heldygnsvårdtillfällen. Diagnosgrupper omfattar: Depression (F32-F39), Ångest/Ångestsyndrom (F40-F42), Ätstörningar (F50), Störning av psykisk utveckling (F80-F89), Beteendestörningar (F90-F98).
Källa: VAS-data.

Figur 30: Genomsnittlig vårdtid per vårdtillfälle och diagnosgrupp i antal dagar.

Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården finns särskilt vårdtunga patientgrupper

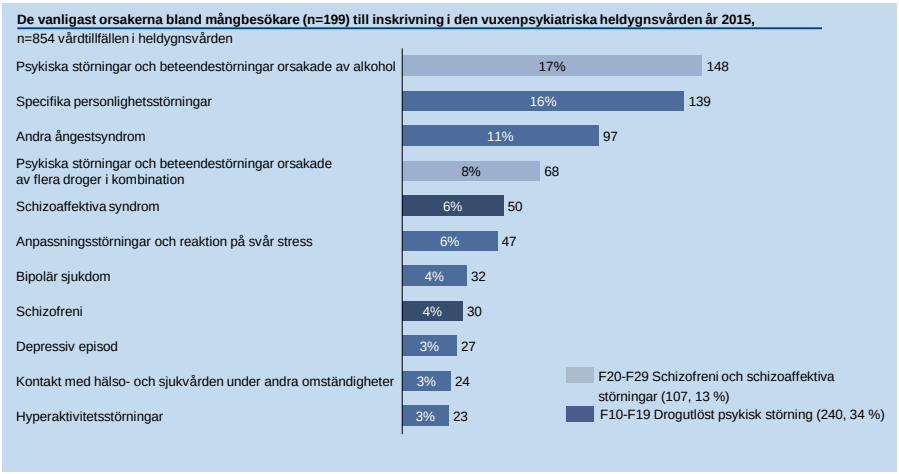
Majoriteten av patienterna (66 procent) som har vårdats inom den psykiatriska heldygnsvården hade endast en inskrivning under 2015. 199 patienter (14 procent) hade tre inskrivningar eller fler under helåret 2015, dessa patienter definieras här som mångbesökare i heldygnsvården (Figur 31).



Not Data omfattar samtliga unika patienter som har skrivits in i heldygnsvården minst en gång under perioden 2015.
Källa: VAS-data 2014-2016, Health Navigator analys

Figur 31: Antal vårdtillfällen i den vuxenpsykiatriska heldygnsvården per patient år 2015.

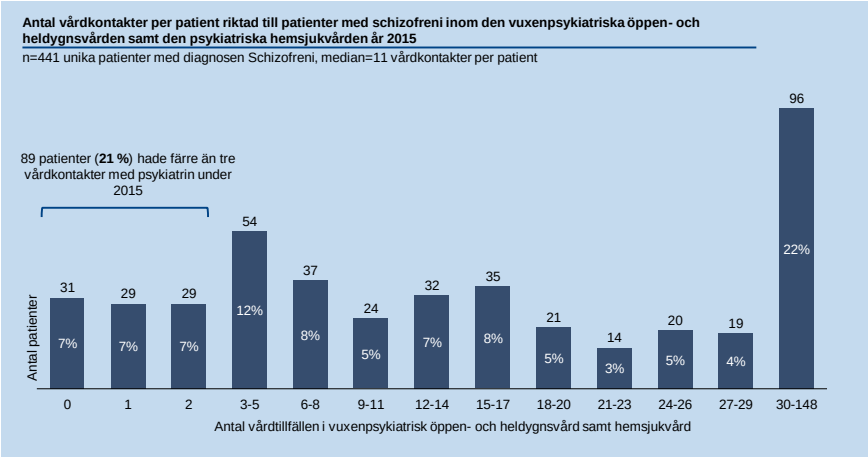
De vanligaste huvuddiagnoserna bland mångbesökarna kan ses i Figur 32. Den vanligaste orsaken till att patienterna skrivs in är psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol som utgör 17 procent av samtliga inskrivningar. Andelen patienter som skrivs in med någon form av drogutlöst psykisk störning eller beteendestörning (ICD-10 kod: F10-F19) utgjorde 34 procent av samtliga inskrivningar. Patienter med schizofreni utgör också en stor andel av antalet inskrivningar med 13 procent (107 inskrivningar).



Not Data omfattar samtliga unika patienter som har skrivits in i heldygnsvården minst tre gånger under perioden 2015.
Källa: VAS-data 2014-2016, Health Navigator analys

Figur 32: De vanligaste orsakerna till inskrivningar i den vuxenpsykiatriska heldygnsvården bland mångbesökare år 2015.

Analys av antalet vårdtillfällen inom psykiatrin (omfattar heldygnsvård, psykiatrisk öppenvård samt psykiatrisk hemsjukvård) riktad till patienter med diagnosen schizofreni visar att det är stora variationer i hur mycket specialiserad psykiatrisk vård patienterna får. Analysen finner att 22 procent av patienterna har haft mer än 30 vårdkontakter med den specialiserade psykiatrin och att sju procent av patienterna har inte haft någon vårdkontakt alls med den specialiserade psykiatrin i Halland under 2015 (Figur 33).

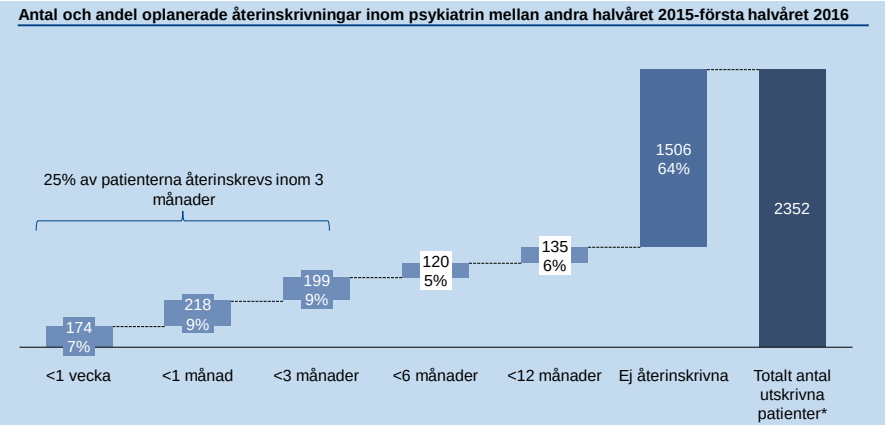


Not Data omfattar samtliga unika patienter som har fått diagnosen schizofren (F20) mellan åren 2010 och 2015 och som har haft minst en vårdkontakt (närsjukvård eller specialiserad vård) oavsett orsak under 2015.
Källa: VAS-data 2014-2016, Health Navigator analys

Figur 33: Antal vårdkontakter med den vuxenpsykiatriska öppen- och heldygnsvården samt den psykiatriska hemsjukvården per patient år 2015. Under 2015 fanns det 441 patienter som har fått diagnosen Schizofreni (F20) minst en gång i perioden 2010-2015. Patienter som har avlidit mellan åren 2010-2015 har exkluderats från analysen. Analysen inkluderar endast patienter som har haft minst en vårdkontakt oavsett vårdnivå i Halland under 2015.

Återinskrivningsgraden inom vuxenpsykiatrin är relativt hög

Analys av återinskrivningsgraden inom psykiatrin visar att en fjärdedel av alla patienter som skrivits ut från psykiatrisk heldygnsvård återinskrivs inom tre månader och att en tredjedel återinskrivs inom ett halvår efter utskrivning (Figur 34).



* Omfattar samtliga patienter som skrivits ut från den specialiserade vuxenpsykiatrin under perioden juli 2014 till juni 2015.
Not: Data omfattar utskrivningar juli 2014-juni 2015 med återinskrivningar ett år framåt tom juni 2016, endast vuxna utskrivna från samt inskrivna till psykiatrisk avdelning (19, 22,23,26 och akuta vårdavdelningar) Data omfattar inte överflyttningar till annan avdelning eller annat sjukhus inom eller utanför Halland. Data omfattar inte patienter som har fått rättspsykiatrisk vård. Andelen återinskrivna patienter bygger på antalet patienter som skrivs in akut på en slutenvårdsavdelning vid ett sjukhus i Halland.
Källa: VAS-data

Figur 34: Antal och andel återinskrivningar inom psykiatrin mellan andra halvåret 2015 till första halvåret 2016.

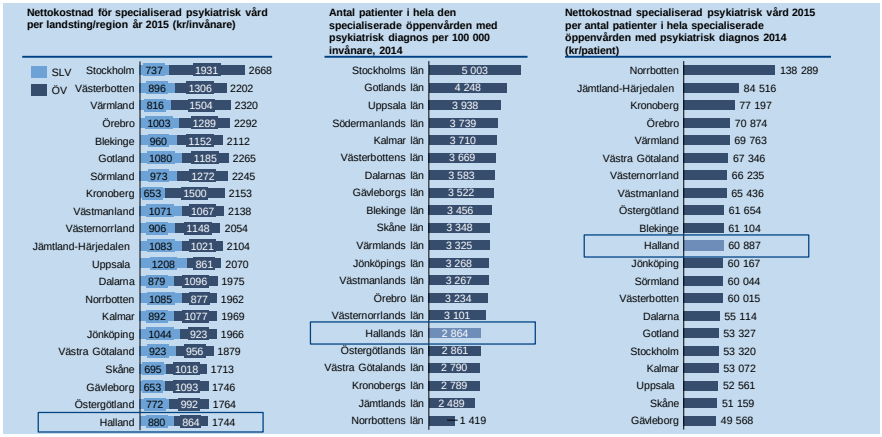
5.4 HUR SER DE MEST CENTRALA STRUKTURELLA FAKTORERNA UT?

Inom ramen för analysramverkets tredje frågeställning, som handlar om centrala strukturella faktorer, har ett flertal olika analyser gjorts. I detta avsnitt redovisas ett urval av dessa. Analyserna ligger även till grund för genomlysningens slutsatser.

Med strukturella faktorer avses sådant som måste vara på plats för att man ska kunna bedriva en ändamålsenlig vård som svarar upp mot patienternas behov. Här ryms exempelvis tillgången till olika resurser, styrning, samverkan och organisation.

De ekonomiska resurserna beskrivs av vissa verksamhetsföreträdare som otillräckliga

I intervjuer beskrivs att de ekonomiska resurserna som fördelats till psykiatrin inte ökat i takt med att patienterna och belastningen inom vården ökat. Man utrycker att budgeteringen och ersättningsmodellen inte är kopplad till analys av behov eller produktion, utan snarare utgår från föregående års anslag. Många jämför regionens kostnader för psykiatrin med nationella uppgifter från SKL som visar att Halland år 2015 hade lägst nettokostnader per invånare för den specialiserade psykiatrin. Detta i relation till övriga landsting/regioner (se figur 35). Samtidigt påtalas av enskilda att kostnadsuppgifterna som SKL tillhandahåller inte är fullständigt tillförlitliga eftersom registreringsvariationer förekommer. En annan aspekt är att kostnadsstatistiken från SKL inte kan relateras till hur den regionala kontexten ser ut, till exempel i relation till antalet patienter inom den specialiserade vården eller till den psykiska ohälsan i landstinget/regionen. Vid jämförelse av antalet patienter inom den specialiserade öppenvården med psykiatrisk diagnos per 100 000 invånare år 2014, framkommer att Region Halland har relativt sett få patienter med psykiatrisk diagnos. Sammanfattningsvis ligger Region Hallands nettokostnader per patienter med psykiatrisk diagnos i öppenvården i nivå med de flesta andra svenska regioner/landsting (Figur 35).



Not: Diagrammet till vänster visar nettokostnad för specialiserad öppen (ÖV) och sluten (SLV) psykiatrisk vård, exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen för år 2015 (kronor/invånare); Diagrammet i mitten visar antal patienter i den specialiserade öppenvården med psykiatrisk diagnos per 100 000 invånare 2014; Diagrammet till höger visar nettokostnad specialiserad vård dividerat med antal patienter i hela den specialiserade öppenvården med psykiatrisk diagnos; beräkningen är en uppskattning av nettokostnader i relation till behovet i landstinget/regionen; givet att uppgifterna inte är fullständigt jämförbara ska analysen tolkas med viss försiktighet.
Källa: SKL ekonomi och verksamhetsstatistik, 2015; Socialstyrelsen statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal samt diagnoser i öppenvård, åtkomst 2016-12-02

Figur 35: Nettokostnad för specialiserad psykiatrisk vård per landsting/region år 2015 (kr/invånare), antal patienter i den specialiserade öppenvården med psykiatrisk diagnos per 100 000 invånare år 2014 samt nettokostnad specialiserad psykiatrisk vård 2015 per antal patienter i hela specialiserade öppenvården med psykiatrisk diagnos 2014 (kr/patient).

I intervjuer med nationella experter framkommer att avsatta resurser alltid bör sättas i relation till den regionala kontexten och utifrån rådande behov. Här lyfts Region Östergötland fram som ett relevant och positivt exempel. Östergötland hade under år 2015 ungefär lika höga nettokostnader till psykiatrin som Region Halland (Figur 35). Enligt uppgifter från både Socialstyrelsen hade de dessutom färre specialistläkare inom psykiatrin jämfört med Region Halland under 2014. Samtidigt beskrivs att företrädare från Region Östergötland är nöjda med sin psykiatri och att man uppnår förhållandevis goda resultat. Vidare menar en intervjuad expert att det generellt och utifrån ett nationellt perspektiv avsätts relativt sett lite resurser till psykiatrin, det vill säga jämfört med övrig hälso- och sjukvård. Samtidigt poängteras att resursökningar inte bör ske per automatik, utan att man alltid måste kunna ge en bild av vilka resultat man uppnår inom vården.

"Om man ska avsätta medel måste verksamheterna kunna visa på resultat […] man måste kartlägga behoven för att kunna bedöma vilka resurser som ska avsättas och vilka bemanningsnivåer som behövs"

- Nationell samordnare, SKL

"Det är vanskligt att sätta upp en generell siffra för hur många läkare man ska vara, för det handlar om vilka arbetssätt som tillämpas. Det handlar om den egna kontexten och behoven – i Östergötland är man nöjda med sin nivå trots att man ligger lägst i förhållande till riket"

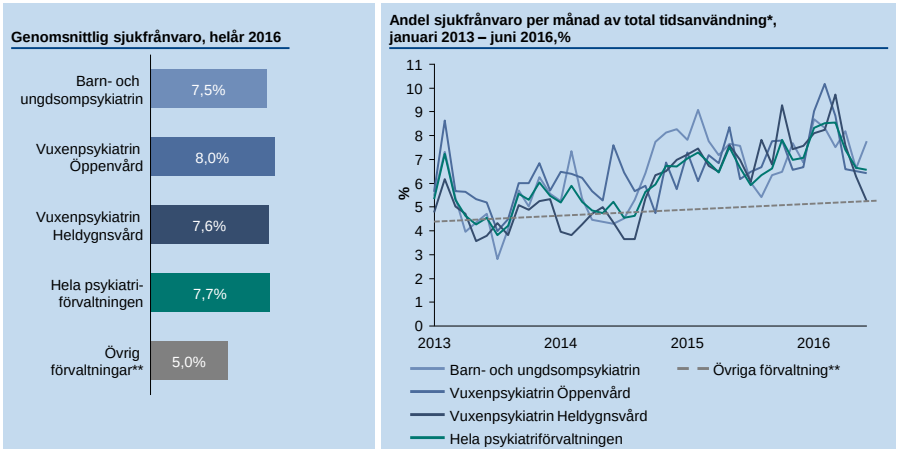
- Ansvarig bemanningsanalys, SKL

Delar av den öppna specialiserade psykiatrin ingår i det specialiserade vårdvalet. Detta innebär att man tilldelas ekonomiska medel från en separat budget, och att episodersättning tillämpas. Enligt sakkunniga på regionkontoret kan vissa utmaningar vad gäller ersättningsmodellen inom vårdvalet ses, till exempel att systemet är komplicerat och administrativt belastande. Detta kan i vissa fall leda till felregistreringar som innebär att ersättning uteblir. Samtidigt beskrivs att man för regelbunden dialog med samtliga vårdvalsaktörer, det vill säga inklusive de offentliga, exempelvis angående vikten av korrekt registrering. Trots detta förekommer felregistrering och man har i dag tre miljoner kronor till godo, resurser som tilldelas verksamheten om man retroaktivt korrigerar de registrerade uppgifterna. Detta har emellertid inte inträffat och pengarna har därför ännu inte betalats ut.

Sjukfrånvaron i psykiatrin har ökat över tid och är högre än i andra områden i Region Halland

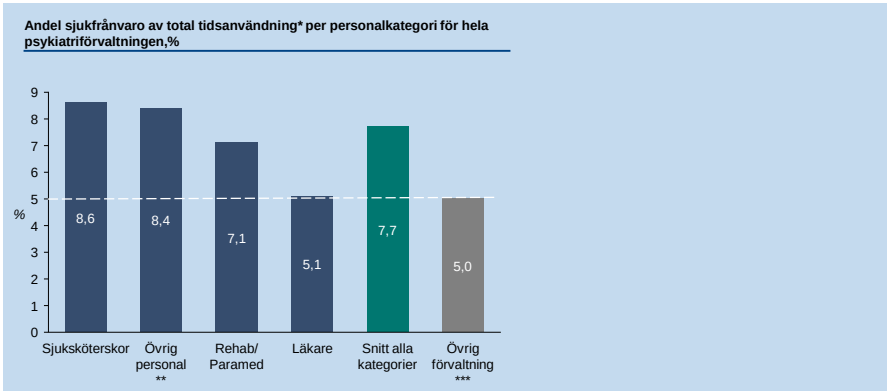
Inom psykiatrin har andelen sjukfrånvaro av total tidsanvändning ökat över tid. Under 2016 uppnådde sjukfrånvaron nästan 8 procent jämfört med 5 procent inom Hallands sjukhus, Närsjukvården samt Ambulans, Diagnostik och Hälsa under 2016 (Figur 36). Inom psykiatrin var sjukskrivningen högst bland

sjuksköterskor och lägst bland läkare (Figur 37). De direkta kostnaderna för sjuklön inom psykiatrin för 2016 uppgick till 6,8 MSEK (Figur 38).



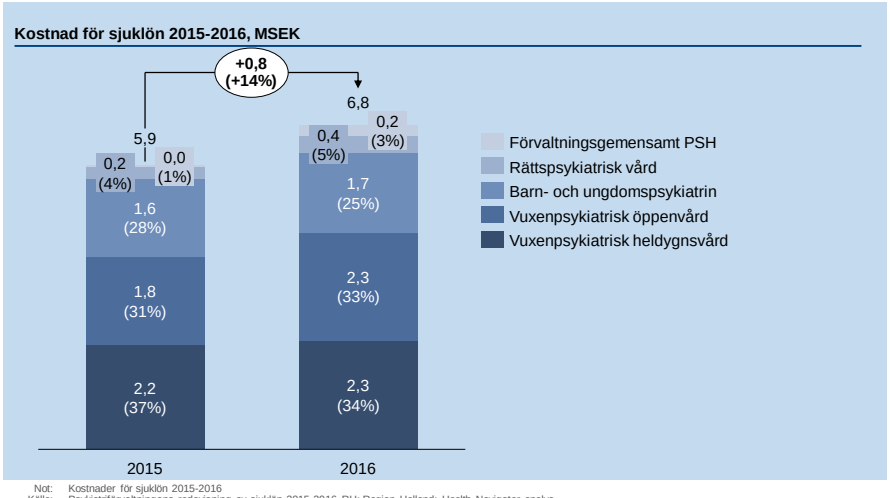
* Tidsanvändning omfattar närvaro, lagstadgad ledighet, semester, sjukersättning, sjukfrånvaro, studier med lön/del av lön samt övrig ledighet/komp.
** Övrig förvaltning omfattar närsjukvården, Hallands sjukhus och ambulans, diagnostik och hälsa.
Not: Andelen sjukfrånvaro inom psykiatrin bygger antalet timmar sjukfrånvaro av den totala tidsanvändningen under 2016. Andelen sjukfrånvaro av total tidsanvändning inom övrig förvaltning är uträknat per helår för perioden januari-oktober 2016. Andel sjukfrånvaro per månad sträcker sig från januari 2013 till juni 2016
Källa: BO personalrapport, Region Halland, Health Navigator analys

Figur 36: Genomsnittlig sjukfrånvaro per verksamhetsområde samt andelen sjukfrånvaro inom respektive område inom psykiatrin i relation till övriga förvaltningars verksamheter.



* Tidsanvändning omfattar närvaro, lagstadgad ledighet, semester, sjukersättning, sjukfrånvaro, studier med lön/del av lön, övrig ledighet/komp.
** Övrig personal omfattar medicinska sekreterare, administration/ledning samt övrig personal.
*** Övrig förvaltning omfattar närsjukvården, Hallands sjukhus och ambulans, diagnostik och hälsa.
Not: Andelen sjukfrånvaro inom psykiatrin bygger antalet timmar sjukfrånvaro av den totala tidsanvändningen under 2016. Antalet frigjorda årstjänster som en effekt av en reducering av sjukfrånvaron till 5 % är uträknat för respektive personalkategori inom respektive område för helåret 2016 med antagandet att en årstjänst motsvarar 40 timmar per vecka och 45 arbetsveckor. Andelen sjukfrånvaro av total tidsanvändning inom övrig förvaltning är uträknat för perioden januari-oktober 2016.
Källa: BO personalrapport, Region Halland, Health Navigator analys

Figur 37: Genomsnittlig andel sjukfrånvaro av total tidsanvändning per personalkategori år 2016.



Not: Kostnader för sjuklön 2015-2016
Källa: Psykiatriförvaltningens redovisning av sjuklön 2015-2016 RH; Region Halland; Health Navigator analys

Figur 38: Kostnad för sjuklön år 2015-2015, MSEK

I intervjuerna beskrivs utmaningarna angående personal- och bemanningssituationen inom psykiatrin. Dels pekar man på att arbetsbelastningen är hög och att arbetsmiljön på olika sätt brister, dels beskrivs svårigheterna vad gäller nyrekrytering. Personalsituationen beskrivs av många som en svårighet inom psykiatrin. Vissa åtgärder har emellertid vidtagits för att förbättra bemanningssituationen. Exempelvis fattades beslut om en tillfällig löneökning för sjuksköterskor inom heldygnsvården under år 2016. Vissa intervjuade företrädare ställer sig positiva till lönepåslaget, medan andra respondenter pekar på att strategin inte innebär en tillräckligt långsiktig lösning på befintliga utmaningar. Företrädare från Hallands sjukhus uppger dessutom att modellen genererade negativa effekter för hälso- och sjukvården som helhet. Detta eftersom löneökningen resulterade i att sjuksköterskor som tidigare var verksamma inom den somatiska vården istället sökte sig till psykiatrin. Detta ledde enligt intervjuade företrädare till bemanningsluckor i andra delar av vården.

"De stora utmaningarna för oss [inom psykiatrin] handlar om personalsituationen, rekrytering och kompetensförsörjningen"

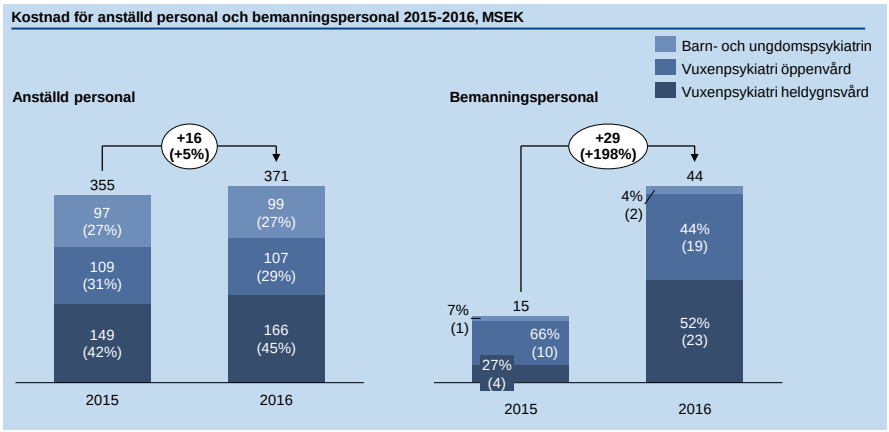
- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

"Känns som att man hela tiden rusar för att lösa akuta frågor, istället för att stanna upp och fundera på hur man ska ta hand om personalen man har kvar. Istället för att jaga nya sköterskor med ett lönepåslag på 3 000 kronor så borde man ta hand om de man har"

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

Hög andel bemanningspersonal inom alla verksamhetsområden av psykiatrin

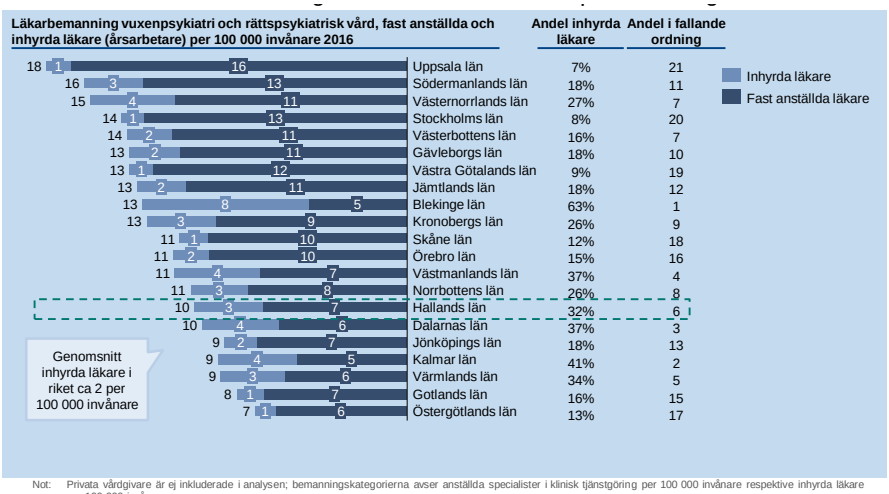
Analys av budget och kostnadsutveckling inom den specialiserade psykiatrin i egen regi visade att de totala personalkostnaderna mellan 2015 och 2016 ökade inom psykiatrin med 45 MSEK vilket motsvarar en ökning på över 12 procent (se figur 39). Av dessa 45 miljoner kronor stod kostnader för inhyrda läkare och sjuksköterskor för omkring 29 miljoner kronor. Analyserna visar även att kostnaderna för den anställda personalen inom psykiatrin har ökat med 16 MSEK vilket motsvarar en ökning på 5 procent under samma tidsperiod.



Not Kostnader omfattar totala kostnader för personal inom samtliga yrkeskategorier och omfattar sociala avgifter, semesterersättning, sjuklön, ersättning vid studier m.m.
Källa: Psykiatriförvaltningens redovisning av antalet heltidstjänster per mottagning år 2016 RH: Region Halland, Health Navigator analys

Figur 39: Kostnad för anställd personal och bemanningspersonal 2015-2016, MSEK.

Andelen hyrläkare inom psykiatrin är också hög i Halland i relation till andra län. Halland låg år 2016 på 6:e plats från toppen i en jämförelse av andelen hyrläkare/specialistläkare med en andel om 32 procent. Andelen i övriga landsting/regioner låg på 7-63 procent (Figur 40).



Not: Privata vårdgivare är ej inkluderade i analysen; bemanningskategorierna avser anställda specialister i klinisk tjänstgöring per 100 000 invånare respektive inhyrda läkare per 100 000 invånare
Källa: Martin Rödholm, Uppdrag psykisk hälsa SKL

Figur 40: Läkarbemanning vuxenpsykiatri och rättspsykiatrisk vård, fast anställda och inhyrda läkare (årsarbetare) per 100 000 invånare 2016. Notera att totalnivån bör tolkas med försiktighet då den ej inkluderar privata vårdgivare

Inom den vuxenpsykiatriska öppenvården uppger medarbetarna att de är nöjda med sin arbetsmiljö

År 2016 genomfördes en uppföljande medarbetarenkät riktad till den vuxenpsykiatriska öppenvårdens medarbetare. I enkäten beskriver medarbetarna att de är nöjda med en rad faktorer som rör arbetsmiljö samt ledning och styrning i verksamheten. Vidare visar medarbetarenkäten att personalen inom den vuxenpsykiatriska öppenvården är nöjdare år 2016 på alla uppmätta parametrar i jämförelse med 2014 och ligger på nivå med ett genomsnitt av ett antal psykiatriska öppenvårdsenheter i landet (IC Quality).

Kompetenshöjande åtgärder beskrivs som en viktig del i en mer stabil bemanningssituation

I intervjuer framkommer det att det överlag finns behov av utökade insatser för att höja kompetensen bland personalen inom psykiatrin. En intervjuad nationell expert beskriver att regelbundna kompetenshöjande insatser inom psykiatrin är avgörande för att få till en välfungerande verksamhet. Det uppges dessutom både vara en viktig del i att kunna attrahera och behålla kompetent personal, samt för att säkerställa en önskvärd kompetensnivå – såväl bland kvalificerad som mindre kvalificerad personal. Företrädare från psykiatrin bekräftar att olika typer av kompetenshöjande insatser behövs, till exempel kopplat till analyskapacitet, ledarskap, omvårdnad och medicinskt omhändertagande. Samtidigt beskrivs att det i dag saknas en samlad strategi för hur och när olika typer av kompetenshöjande insatser ska ges. Man pekar generellt på vikten av att anamma en långsiktig ansats med kontinuitet i syfte att minska risken för att förvärvad kunskap ska gå förlorad.

"Vi skulle behöva ett bra system för utbildning och kompetenshöjning där det också finns ett lokalt mandat"

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

"Man behöver knyta närmare kontakter med högskolor och universitet för att utveckla verksamheten"

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

"Man tycker inte att man behöver vara specialist i psykiatrin, att man inte behöver ha någon spetskompetens. Vill man ha kvar personal måste man öppna upp för vidareutbildning och specialistutbildning"

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

"Kompetensutveckling har diskuterats mycket, vad vill vi erbjuda och vad får man som sjuksköterska. Oavsett profession så behövs kompetensutveckling i alla led […] Kompetensplanen måste vara långsiktig och strategisk"

- Verksamhetsföreträdare psykiatrin

Styrningen och ledningen av och inom psykiatrin uppges brista på olika sätt

I intervjuer med olika företrädare framkommer att det finns förbättringspotential vad gäller styrning och ledning inom psykiatrin. Ett återkommande och övergripande tema handlar om att psykiatrin inte fullt ut är eller ses som en integrerad del av den samlade hälso- och sjukvården. Det beskrivs som att detta bidragit till att begränsa den centrala styrningen av verksamheten, det vill säga från central politisk ledning samt från regionkontoret. Den politiska styrningen av psykiatrin beskrivs överlag som splittrad, det vill säga att det i vissa fall är otydligt hur Hälso- och sjukvårdsutskottets ansvar förhåller sig till Driftsnämndens ansvar

och vice versa. Detta kan leda till att styrningen får bristande genomslag samt att budskapen blir otydliga, exempelvis kring ansvaret för vad- respektive hur-frågor.
Det beskrivs även som att det saknas en sammanhållande struktur för strategisk styrning för psykiatrin som helhet. Man har till exempel inte haft någon samlad vision för hela verksamheten eller några gemensamma målsättningar för psykiatrin. Psykiatrins olika verksamheter, det vill säga barn- och ungdomspsykiatrin, den vuxenpsykiatriska öppenvården samt den vuxenpsykiatriska heldygnsvården beskrivs arbeta i olika riktningar, något som upplevs som kontraproduktivt.

"Det behövs formella strukturer, men det viktiga med styrningen är att veta vad man vill och vad man ska man tro på. Då behöver man en modern sjukvårdsledning och där man bygger en vision med fokusområden m.m. och att detta utgår från den regionala strategin"

- Verksamhetsföreträdare vuxenpsykiatrin

"Ledarskapet på förvaltningsnivå är en viktig faktor som måste fungera. Tycker att synen på chefer i första linjen sticker ut här här. Man säger till oss vad vi ska göra snarare än att coacha oss. Vi skulle behöva mer stöd i ledarskapet"

- Verksamhetsföreträdare vuxenpsykiatrin

När det kommer till ledarskapet så uppges detta variera på olika nivåer. En utmaning som lyfts fram av många det är att psykiatrin präglats av en relativt stor omsättning på chefer – både på förvaltnings- och verksamhetsnivå. Man uppger att detta bidragit till osäkerhet och oro. Det framgår också av intervjuerna att de roll- och uppdragsbeskrivningar som finns, till exempel för förvaltningschefer, är okända inom verksamheten.

Kunskapsstyrning beskrivs som ett utvecklingsområde

Det är många medarbetare inom psykiatrin i region Halland som har ett intresse för kunskapsstyrning och har utifrån detta bland annat bidragit till Socialstyrelsens arbete med att ta fram nationella riktlinjer till exempel gällande läkemedelsbehandling vid schizofreni samt riktlinjer för behandling av depression och ångest. Ett annat exempel är att man 2013 genomförde en gap-analys i relation till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och använde insikterna för att lägga grunden för ett utvecklingsarbete.

Trots detta intresse beskrivs återkommande under intervjuerna att det finns ett utvecklingsarbete för att få till en systematisk kunskapsstyrning som säkerställer standardiserade vårdprocesser utifrån evidens. Flera verksamhetsföreträdare beskriver också att de upplever en kultur- och traditionsskillnad i förhållningssättet till kunskapsstyrning mellan flera somatiska specialiteter och psykiatrin. En nationell expert som inom nationella uppdrag varit i kontakt med flertalet landsting/regioner beskriver att detta är ett tema som ses på flera håll.

De mer specifika beskrivningarna av vilket genomslag kunskapsstyrningen har i den egna verksamheten varierar mellan olika företrädare. Inom barn- och ungdomspsykiatrin har man bedrivit ett systematiskt arbete för att ta fram egna kliniska riktlinjer, till exempel för depression. Samtidigt påpekar verksamhetsföreträdare från barn- och ungdomspsykiatrin att kunskapsstyrningens genomslag varierar, i vissa fall kopplat till tung arbetsbelastning. Vidare beskrivs att barn- och ungdomspsykiatrin, inom ramen för sitt löpande förbättringsarbete rapporterar in uppgifter till den nationella databasen NYSAM. Samtidigt prioriteras inrapportering till nationella kvalitetsregister bort.

Inom vuxenpsykiatrin beskrivs det på liknande sätt att en omfattande arbetsbelastning leder till att kunskapsstyrningens genomslag varierar. Man lyfter fram att arbetssätten inte är evidensbaserade och att man inte följer upp om vårdriktlinjer följs eller inte.

"Vi strävar mot att jobba mer enhetligt och utifrån riktlinjer […] Generellt skiljer sig kulturen inom psykiatrin jämfört med somatiken vad gäller kunskapsstyrning"

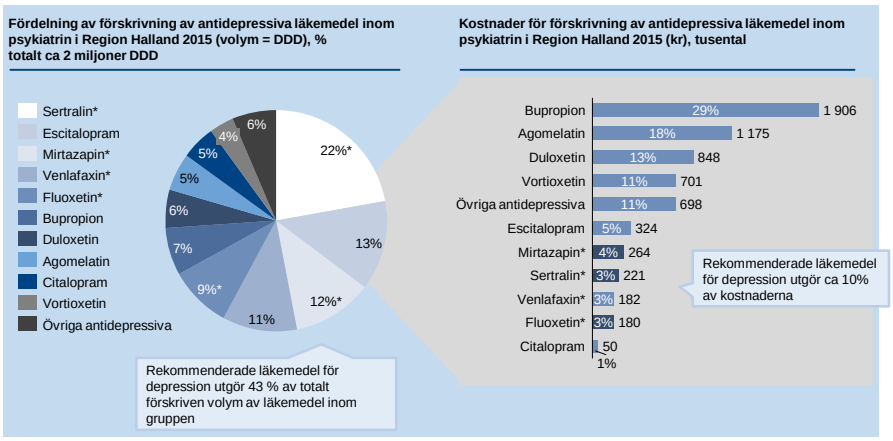
- Verksamhetsföreträdare vuxenpsykiatrin

"Vi jobbar inte evidensbaserat. Vi har vissa vårdriktlinjer, men frågan är hur de följs. Är det någon som följer upp detta? Ska man jobba med KBT eller hypnos m.m.? Om någon söker akut måste vi kunna bedöma om man har kommit rätt. Det ska vara en tydlig process kring detta. Vi måste arbeta med standardiserade vårdflöden inom psykiatrin"

- Verksamhetsföreträdare vuxenpsykiatrin

Kompletterande analyser av förskrivning av läkemedel har gjorts för att förtydliga bilden av hur kunskapsstyrningen fungerar. Utifrån att Halland inte etablerat den möjlighet som finns att koppla läkemedelsdata till övrig individdata såsom diagnoser och vårdkonsumtion sätts vissa begränsningar i

analyserna. I läkemedelskommitténs terapirekommendationer för 2016 rekommenderas tre antidepressiva läkemedel i behandlingens första steg. Dessa är Sertralin, Fluoxetin och Mirtazapin. I syfte att få en bild av hur väl behandlingsrekommendationerna följs har analyser med fokus på förskrivning av samtliga läkemedel inom gruppen N06A (antidepressiva läkemedel) inom psykiatrin gjorts. I första steget undersöktes hur förskrivningsvolymerna fördelar sig inom läkemedelsgruppen. De tre rekommenderade läkemedlen utgör 43 procent av den totala förskrivningsvolymen mätt utifrån den förmodade medeldosen av antidepressiva läkemedel inom psykiatrin år 2015 (Figur 41). Följsamheten är dock troligen högre än detta då flera av de övriga preparaten i gruppen har flera indikationer, det vill säga även kan ges för andra tillstånd än depression. Det kan noteras att de tre rekommenderade läkemedlen vid depression står för 10 procent av kostnaderna.



* Läkemedel som rekommenderas enligt regionala riktlinjer
Not: Diagrammet till vänster visar förskrivningsgraden av läkemedel inom gruppen N06A (antidepressiva läkemedel) utifrån mätvärdet DDD, arbetsplats: 13 – Halland – arbpl; Psykiatrin i Halland – arbpl; Diagrammet till höger visar kostnader för förskrivning av läkemedel inom gruppen N06A (antidepressiva läkemedel) utifrån mätvärdet Förmån exkl. moms arbetsplats: 13 – Halland – arbpl; Psykiatrin i Halland – arbpl
Källa: Concice, Hämtat 2016-11-23; Terapirekommendationer 2016 Region Halland

Figur 41: Volym och kostnader av antidepressiva läkemedel inom psykiatrin i Halland år 2015.

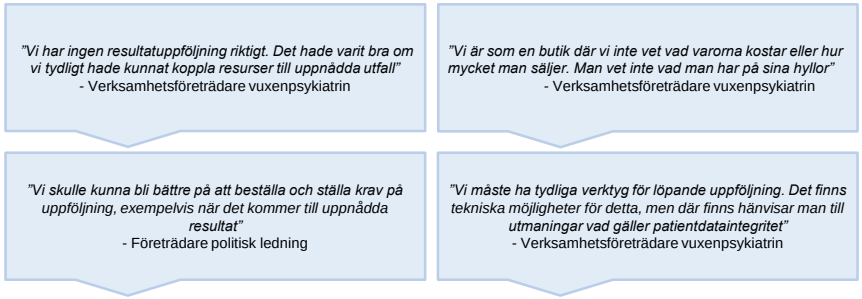
Regelbunden uppföljning och utvärdering beskrivs generellt som ett utvecklingsområde

En strategisk modell för regelbunden uppföljning av psykiatrins verksamhet, som är anpassad till olika nivåer, saknas i dagsläget. Det finns ingen struktur för samlad helhetsuppföljning som utgår från mål, delmål eller indikatorer per nivå. Överlag ställs få krav på regelbunden återrapportering inom psykiatrin, det vill säga indikatorer eller mått som psykiatriförvaltningen löpande förväntas ge en bild av till politisk ledning eller regionkontoret. Inte heller ställs krav på produktionsplanering, vilket på många sätt kan sägas förutsätta löpande uppföljning och analys av vårdbehov och vårdproduktion.

En viktig förutsättning för fungerande uppföljning är en god tillgång till relevant och tillförlitlig statistik. Region Hallands vårddata har i dagsläget en del brister. Exempelvis registreras insatta åtgärder i begränsad utsträckning i datasystemet VAS. Personalstatistiken rapporteras exempelvis på olika sätt inom psykiatrin vilket påverkar jämförbarheten mellan olika verksamheter. Vidare samlas inte uppgifter angående personalstatistik in centralt från de privata vårdvalsaktörerna. Inte heller ställs krav på vårdvalsaktörerna att registrera diagnoser och åtgärder. Det faktureringsunderlag som beskriver hallänningarnas vårdkonsumtion i andra regioner/landsting tillåter inte skärning på olika vårdnivåer vilket gör det svårt att få en fullständig och tillförlitlig bild av vilken typ av psykiatrisk vård som hallänningar konsumerar i andra regioner/landsting.

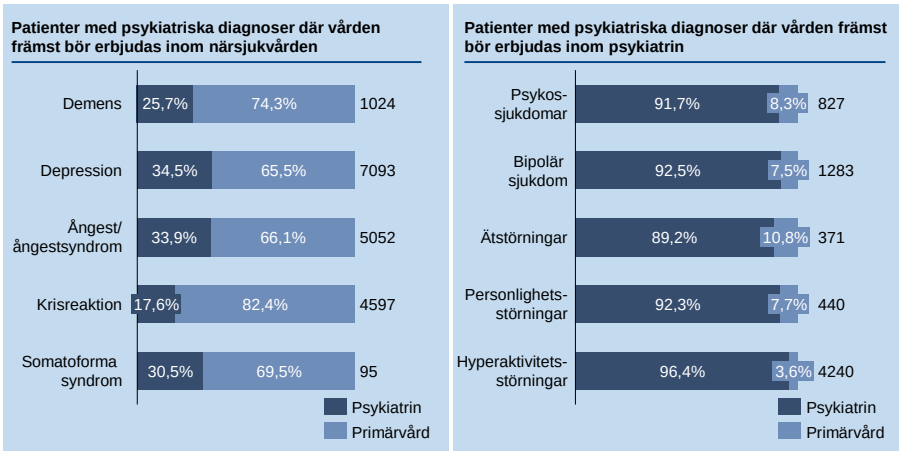
Verksamhetsföreträdare beskriver att enhetliga rutiner för uppföljning saknas inom psykiatrin. Detta leder till att uppföljningen varierar – både i omfattning och ambitionsnivå. Inom barn- och ungdomspsykiatrin har man exempelvis arbetat systematiskt med att etablera rutiner för regelbunden uppföljning av vården som ges. Genom BUP-linjen följs till exempel alla patienter och potentiella patienter upp ett år efter att den första intervjun genomfördes. Detta ger en unik möjlighet att få en bild av vilka resultat vården och insatserna bidragit till. Inom vuxenpsykiatrin ses inte samma tendenser, och här beskrivs överlag uppföljningsrutinerna kan och behöver bli bättre. Det saknas generellt en sammanställd bild av vad man

gör samt vad det leder till. Vidare betonas att man skulle behöva tillgång till mer ändamålsenligt IT-stöd som möjliggör kontinuerlig uppföljning av vårdrelaterade utfall och uppnådda resultat. Enligt intervjuade företrädare finns det adekvata verktyg som utvecklats i Nederländerna och som bland annat används vid mottagningar i Göteborg och Stockholm. Inom psykiatriförvaltningen finns emellertid viss osäkerhet kring huruvida systemet är förenligt med personuppgiftslagen. Samtidigt har inte funktioner med juridisk kompetens utrett frågan närmare enligt intervjuade verksamhetsföreträdare.



Samverkan mellan psykiatrin och andra vård- och omsorgsgivare kan vidareutvecklas

Enligt intervjuade företrädare kan samverkan mellan den specialiserade psykiatrin och andra vård- och omsorgsgivare förbättras. I 2009 formulerades en handläggningsöverenskommelse (HÖK) som syftar till att reglera gränsdragningen mellan den specialiserade psykiatrin och närsjukvården: handläggningsöverenskommelsen ska bidra till ett funktionellt samarbete och ett mer strukturerat remissförfarande mellan vårdenheter som ska stärka omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa. Handläggningsöverenskommelsen ska definiera vem som bär huvudansvaret för de processer (t.ex. behandling) som är riktad till respektive patientgrupp inom psykiatrin. Analys av fördelningen av antalet vårdkontakter mellan närsjukvården och den specialiserade psykiatrin för respektive diagnosgrupp som ligger inom ramen för handläggningsöverenskommelsen visar att majoriteten av vårdkontakterna genomförs på den nivå som handläggningsöverenskommelsen har definierat (Figur 42), dock framkommer det i intervjuer att företrädare från psykiatrin menar att gränsdragningen som beskrivs i handläggningsöverenskommelsen tolkas på olika sätt av olika vårdgivare. Detta leder i vissa fall till att patienter som bör få vård i närsjukvården skickas vidare till den specialiserade psykiatrin. En av orsakerna till detta beskrivs vara bristande kompetens och resurser för att ta ansvar för alla patienter med psykisk ohälsa. Dock genomförs idag vissa projekt som syftar till att stärka omhändertagandet av patienter med psykisk ohälsa i närsjukvården. Detta exemplifieras med det nyinstiftade ambulerande team som behandlar barn och unga med måttlig psykisk ohälsa i Halland. I februari 2016 tog Regionstyrelsen beslut om att uppdra åt Driftnämnden Närsjukvård att starta upp en ny typ av verksamhet för omhändertagande av barn och unga med psykisk ohälsa med måttliga symptom och funktionsnedsättning. Den nya verksamheten kommer bedrivas via ambulerande team över hela Halland med psykologer och socionomer och syftar till att på ett effektivt sätt svara upp mot en ökad förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga. Uppdraget har finansierats med 4 miljoner kronor.



* Här definieras rätt vårdnivå utifrån direktiven i den länsgemensamma handläggningsöverenskommelsen angående huruvida patienten ska behandlas i närsjukvården eller inom den specialiserade psykiatrin (HÖK).
Not: Data omfattar samtliga vårdtillfällen riktad till patienter som var 18 år eller äldre inom psykiatrisk öppen- och heldygnsvård i Region Hallands egen regi samt mottagningar inom närsjukvården i offentlig eller privat regi.
Källa: VAS-data

Figur 42: Fördelning av diagnoser inom närsjukvård och psykiatri utifrån handläggningsöverenskommelsen

Personer som är verksamma inom den kommunala omsorgen eller socialtjänsten beskriver generellt att man trots etableringen av samverkansstrukturer tvärs ansvariga huvudmän, inte lyckas få till en välfungerande samverkan i det enskilda vårdmötet. I korthet upplevs de regionala stödstrukturerna få strategiskt men inte operativt genomslag. Man har heller inte formulerat gemensamma visioner och mål för de olika taktiska grupperna. Vissa intervjuade socialtjänstföreträdare upplever att psykiatrin är otillgänglig och svår att nå, samt att man inte tar ett gemensamt ansvar för brukare och patienter som är i behov av stöd från båda huvudmännen i tillräcklig utsträckning. I vissa fall beskrivs det som att extern samverkan till stor del baseras på personliga relationer snarare än på formella strukturer eller rutiner. Några intervjuade företrädare beskriver att man tack vare särskilda ansträngningar generellt blivit bättre på att ta fram och använda sig av samordnade individuella planer. Andra menar att det fortsatt finns utvecklingspotential vad gäller följsamhet till SIP-rutiner. Inom barn- och ungdomspsykiatrin beskriver man att samarbetet med skolhälsovården är särskilt svårt, och det lyfts fram att det vore önskvärt att företrädare från elevhälsan representeras i de taktiska grupperna.

5.5 LÄRANDE EXEMPEL FRÅN OMVÄRLDEN

Inom ramen för genomlysningen har ett antal lärande exempel från såväl Halland som omvärlden lyfts fram. De lärande exemplen kan inspirera till ett förändrat arbetssätt inom olika områden inom psykiatrin. Nedan beskrivs de lärande exemplen kortfattat sorterade i fem teman:

Ökad tillgänglighet

BUP-linjen i Region Halland

Bakgrund

- År 2009 upprättades överenskommelse mellan regeringen och SKL angående förstärkt vårdgaranti; Senast år 2011 ska BUP kunna erbjuda tid för bedömning inom 30 dagar samt fatta beslut om fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar
- År 2010 avropades medel för utveckling av en centraliserad organisation för triagering inom BUP kallad BUP-linjen
- Organisationen ersatte rutinen av att genomföra standardiserade intervjuer enligt modellen Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) innan det första besöket vid varje enskild mottagning

Målgrupp

- Patienter mellan 0-18 år som uppvisar tecken på psykisk ohälsa

Beskrivning

- BUP-linjen är en länsövergripande, telefonbaserad triagefunktion som bl.a. genomför telefonintervjuer samt uppföljning.
- En första bedömning görs per telefon när patienter eller föräldrar kontaktar BUP. I de fall patienten har symptom som kan vara uttryck för psykisk ohälsa, bokas tid till BCFPI- intervju inom en vecka. Därefter görs en bedömning om patienten bör få behandling vid BUP; Akuta patienter hänvisas direkt mottagning
- Uppföljningar görs ett år efter att BCFPI-intervjun genomförts (oavsett om patienten behandlats i BUP eller ej)

Resultat

- BUP-linjen skapar ett snabbt och rationellt flöde som ger hög intervjufrekvens. Patienter och anhöriga får en kompetent och snabb bedömning, samtidigt som mottagningarna avlastas och kan lägga mer tid på behandling
- Genomförda utvärderingar visar att BUP-linjen bidragit till att förbättra tillgängligheten till BUP
- BUP-linjen ökar möjligheterna till uppföljning, utvärdering och verksamhetsutveckling

IATP-programmet – Storbritannien

Bakgrund

- Det så kallade IATP-programmet (Imroving Access to Psychological Therapies) startade år 2008
- Bakgrunden till uppstarten av programmet var att öka tillgången till psykiatrisk/psykologisk behandling för patienter med depression och ångest
- Som ett första steg upprättades två pilotcenter (Newham Doncaster) där terapeuter utbildade i evidensbaserade metoder skulle verka för att nå ut till individer med behov av denna typ av behandling
- Pilotprojekten pågick under 1,5 år och därefter har programmet breddinförts i England

Målgrupp

- Riktar sig i dagsläget främst till patienter med mild eller måttlig psykisk ohälsa (depression och/eller ångest), men det finns ambition om utvidgad målgrupp

Beskrivning

- 150 IAPT-center och här finns totalt 6 000 terapeuter och psykologer som specialutbildats i evidensbaserade behandlingar
- Resultaten från behandlingen följs löpande upp på individnivå
- Vidare bedrivs löpande tillsyn av behandlarna i syfte att säkerställa en vård av god kvalitet
- Programmets långsiktiga mål är att expandera och därigenom nå 25 procent av samtliga individer med depression och ångest; integrera psykologisk med somatisk behandling i syfte att minimera negativa effekter av samsjuklighet; stötta patienter att få/vara kvar i förvärvsarbete; generellt förbättra vårdens kvalitet

Resultat

- En genomförd utvärdering visar att IATP-programmet når omkring 530 000 patienter med depression och ångest vilket motsvarar cirka 9 procent av hela den potentiella patientpopulationen
- 25 procent av samtliga enheter i London uppnådde målet om 50 procents tillfrisknande efter genomförd behandling
- Över 22 000 individer var inte längre i behov av sjukförsäkring eller dylikt efter genomförd behandling
- 60 procent av samtliga remitteringar till IATP fick behandling

Konsultativt stöd inom psykiatrin

Konsultation-Liasonpsykiatri – Storbritannien

Bakgrund

- Behoven av psykiatriska insatser inom den somatiska vården är generellt omfattande
    - Cirka en fjärdedel patienter inskrivna i den somatiska vården har psykisk problematik
    - Tydlig samband har visats mellan psykisk ohälsa och utfall av somatisk behandling
- Utifrån dessa behov har så kallad k*onsultation-liasonpsykiatri* utvecklats i Europa, och Storbritannien befinner sig i framkant i denna utveckling
- Sedan 1970 har konsultation-liasonpsykiatri kommit att bli en etablerad inriktning i Storbritannien

Målgrupp

- Patienter med olika grad av psykiatrisk och somatisk samsjuklighet som har behov av integrerade vårdformer

Beskrivning

- Konsultation-Liasonpsykiatri kan beskrivas schematiskt vid ett sjukhus utifrån 4 nivåer (1: akuta konsulter; 2: subakuta konsulter; 3: Liason och 4: Medicinsk-psykiatrisk-avdelning)
    - På första nivån handläggs akuta ärenden för patienter med suicidalitet, psykos, beroende etc. (motsvarar psykiatrisk akutsjukvård)
    - På andra nivån bedrivs subakut verksamhet för patienter med depression/ångestsyndrom, läkemedelsfrågor eller psykologiska reaktioner på svåra sjukdomar samt psykiatrisk och somatisk samsjuklighet
    - På tredje nivån är olika specialiteter integrerade i samma verksamhet, exempelvis tvärdisciplinära smärtteam
    - På fjärde nivån bedrivs vårdavdelningar för patienter med psykiatrisk och somatisk samsjuklighet

Resultat

- Området är svårt att studera/utvärdera givet heterogena patientgrupper och samsjuklighet
- Studier med fokus på patienter med avgränsade somatiska diagnoser, t.ex. hjärtsjukdom har visat positiva utfall
- En hälsoekonomisk studie med fokus på vårdtider från Birmingham år 2009, visade att konsultation-liasonpsykiatriverksamhet enligt RAID gav goda resultat

Transkulturella barn- och ungdomspsykiatriska konsultationsteam – Kanada

Bakgrund

- Det finns indikationer på att psykiatrisk problematik är underdiagnostiserad bland barn och ungdomar inom/från så kallade minoritetsgrupper
- Det finns överlagbehov av att stärka den så kallade kulturella kompetensen inom barn- och ungdomspsykiatrin

Målgrupp

- Barn som upplevt traumatiska händelser
- Barn som upplevt separation relaterat till krig och konflikt
- Barn som befinner sig i asylprocess

Beskrivning

- Transkulturella barn- och ungdomspsykiatriska konsultationsteam har etablerats i Montreals mest mångkulturella områden
- Verksamheterna är förlagda vårdcentraler i områdena med målet att öka tillgängligheten (geografiskt samt avstigmatisera); beaktar kulturella aspekter i diagnostik och behandling exempelvis genom att använda kulturformuleringsintervjun i DSM-5
- Teamen är tvärdisciplinära och psykiatrin arbetar tillsammans med socialtjänsten
- Utöver kliniskt behandlingsarbete har preventionsprogram initierats vid skolor för att förebygga psykisk ohälsa

Resultat

- Interventionen verkar ännu ej ha utvärderats, men tidigare utvärderingar av transkulturell psykiatrisk konsultation inom barn- och ungdomsvården talar för att goda utfall kan uppnås:
    - I en utvärdering av transkulturell psykiatrisk behandling vid klinik i Montreal framkom att behandlingsresultaten varit goda respektive måttliga i över 65 procent av fallen

Vårdformer anpassade efter vården förutsättningar och patientens behov

Psykiatrisk mellanvård – Skaraborgs sjukhus/Västra Götalandsregionen

Bakgrund

- Med målsättning att minska antalet inskrivningar i heldygnsvården för patienter med psykossjukdom
- Patienter ges stöd och specialistvård i en miljö de själva väljer

Målgrupp

- Patienter med psykossjukdom

Beskrivning

- Team bestående av skötare/case managers och psykologer besöker patienter fem dagar i veckan på platser och tidpunkter som patienten själv väljer

- En av patienterna beskriver mellanvårdsformen så här: *”Man får så mycket kunskap och insikter om problematiken och detta gynnar mig väldigt mycket. Det hjälper till att göra diffusa saker mer konkreta. Man får också en beredskap för hur man skall handla om man blir dålig och detta skapar trygghet. Ju mer kunskaper man får på det psykiatriska området desto bättre är det.”*

Resultat

- Den genomsnittliga inskrivningen har minskat med 40-50 procent för deltagande patienter
- Antalet dagar i heldygnsvården för patienterna har minskat med 80 procent, vilket motsvarar en minskning med 50 vårddygn per patient och år

Telepsykiatri – South Carolina USA

Bakgrund

- Under 1980-1990-talet genomfördes kraftiga nedskärningar av den psykiatriska sjukhusvården; dessa förändringar ledde till långa väntetider inom psykiatrin i början av 2000-talet
- Detta ledde i sin tur till ökad akut psykiatrisk vård med konsekvensen att sjukhusvistelserna förlängdes och patienter hölls kvar i slutenvården längre än nödvändigt
- Mot denna bakgrund initierades en pilotstudie där telepsykiatri ersatte fysiska besök med fokus på patienter hemmahörande i glesbygdsområden

Målgrupp

- Patienter med behov av psykiatrisk vård bosatta i glesbygdsområden och som därmed överlag har svårt att transportera sig till traditionella sjukvårdsinrättningar

Beskrivning

- Fysiska läkarbesök ersätts genom digitala möten med patienter
- Läkaren kan konsultera och behandla patienten, förskriva läkemedel och följa upp patienter
- Användning av ett integrerat delstatligt journalsystem underlättar kommunikation och samverkan tvärs olika vårdnivåer

Resultat

- Genomförda uppföljningar av pilotprojektet visar på framgångsrika resultat
    - Sedan starten 2009 har över 21 000 digitala konsultationer ägt rum
    - De patienter som deltagit i studien har haft kortare vårdtider
    - Sannolikheten för patienterna att komma på sina uppföljande besök har ökat med 200 procent
    -

Förebyggande insatser och effektivisering av vården

Psykiatrisk akutmobilitet (PAM) i Stockholms läns landsting

Bakgrund

- Den psykiatriska ambulansen (PAM) infördes i Stockholms län i mars 2015 som ett projekt; verksamheten har nu permanentats
- Ambulansen är knuten till Stockholms läns psykiatriska akutmottagning vid S:t Görans sjukhus

Målgrupp

- Patienter i alla åldrar med fokus på suicidprevention

Beskrivning

- Den psykiatriska ambulansen bemannas med en ambulansvårdare samt två specialistsjuksköterskor inom psykiatri, och ambulansen rycker främst ut vid suicidlarm
- Ambulansen finns tillgänglig mellan kl. 15:00-kl. 01:00 samtliga dagar (då larmfrekvensen är mest omfattande)
- PAM syftar till att patienterna med psykisk ohälsa får möta rätt vårdnivåtidigt då ambulansen ersätter polisiära utryckningar

Resultat

- Mellan 2-9 akut sjuka patienter har fått hjälp varje dygn sedan PAM infördes
- I genomsnitt ambulansen135 utryckningar i månaden
- Sedan projektets start har polisen och ambulansen åkt på 508 larm tillsammans; i 90 procent av fallen har polisen kunnat lämna över omhändertagandet i vården
- Verksamheten bidrar till att avstigmatisera psykiska tillstånd/psykisk ohälsa
- Projektet/verksamheten ska utvärderas år 2017

Prehospital psykiatrisk resurs (PPR) i Västra Götalandsregionen

Bakgrund

- Sahlgrenska Universitetssjukhus samt Södra Älvsborgs sjukhus driver ett pilotprojekt med målet att öka och svara upp mot behovet av kompetens kring psykisk ohälsa inom den prehospitala vården med fokus på suicidal prevention

Målgrupp

- Patienter i alla åldrar med fokus på suicidprevention

Beskrivning

- En av ambulanssjukvårdens bedömningsbilar bemannas med en psykiatrispecialiserad sjuksköterska samt en ambulanssjuksköterska

Resultat

- Bred utvärdering av projektet/verksamheten verkar saknas
- Tidiga resultat visar dock att patienter som tidigare varit inom psykiatrin har fått hjälp i hemmet eller blivit hänvisade till rätt vårdinstans exempelvis i vissa fall direktinskrivas på beroendeavdelning i mycket högre utsträckning än tidigare.

Självvald inläggning i Stockholms läns landsting, Region Kronoberg, Region Skåne, Region Uppsala, Region Östergötland, Landstinget Södermanland och Region Jönköping

Bakgrund

- Ett flertal regioner och landsting erbjuder patienter inom psykiatrin möjligheten att lägga in sig själva.
- Syftet med självvald inläggning är att öka medbestämmandet för patienten samt hjälpa patienten att bryta ett destruktivt mönster i tid

Målgrupp

- Patienter med bland annat emotionell instabilitet, psykos, ätstörningar och självskadebeteende har möjlighet att lägga in sig själva.

Beskrivning

- Patienterna skriver kontrakt med sjukvården som garanterar inläggning i max tre dagar och max tre tillfällen per månad.

Resultat

- Möjligheten erbjuds än så länge i liten skala och kommer att utvärderas i flertalet regioner och landsting.
- I Stockholms läns landsting har hittills 50 patienter skrivit kontrakt med vården vilket har resulterat i 84 självvalda inläggningar med drygt två vårddygn per inläggning. Patienterna skattade sin upplevelse av självvald inläggning högt.

Kompetensförsörjning inom psykiatrin

Uppdrag psykisk hälsa – Förbättrad bemanning av psykiatriker, Västra Götalandsregionen

Bakgrund

- Såväl nationellt som regionalt har psykiatrin under en längre tid haft svårt att rekrytera specialistläkare
- Mellan år 2010 och 2015 bedrev Västra Götalandsregionen ett arbete för att förbättra tillgången till specialister inom psykiatrin samt minska beroendet av hyrläkare

Beskrivning

- Ansvariga för projektet inom SKL framkommer vikten av att inte uteslutande fokusera på en eller ett fåtal åtgärder, utan snarare parallellt arbeta med olika verktyg från olika håll för att förstärka möjligheterna till positiva resultat.
- En kartläggning och inventering av hur bemanningsbehovet ser ut på kort och lång sikt genomfördes för att kunna definiera rimliga målvärden som man sedan kunde arbeta mot. Målvärdena utgick från den egna kontexten (som analyserades utifrån ett helhetsperspektiv), det vill säga utifrån en bedömning och prognos kring antalet patienter, produktivitet, önskade utfall etcetera. I nästa steg togs en strategisk handlingsplan fram, som ska ligga till grund för ett systematiskt arbete kring att stärka kompetensförsörjningen inom den specialiserade psykiatrin.

Resultat

- Utifrån arbetet identifierades totalt 60 olika åtgärdsförslag, till exempel för kring dimensionering, rekrytering och arbetssätt

6. Identifierade förbättringsområden för att skapa framtidens psykiatri

6.1 FYRA TEMAN FÖR FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

I detta avsnitt redovisar vi våra ett antal förbättringsområden som syftar till att möta de utmaningar som identifierats i nulägesanalysen och som ska lägga grunden för framtidens psykiatri. Förbättringsområden sorteras inom ramen för fyra centrala teman. Givet genomlysningens delsyfte om att rekommendationerna ska ligga i linje med hälso- och sjukvårdsstrategin, har förbättringsområdena kopplats till strategins prioriteringsområden.

Förbättringsområden inom följande fyra teman har formulerats:

1. Öka delaktigheten hos patienter, brukare och närstående
2. Utveckla vårdprocesser och arbetssätt
3. Säkerställ kompetensförsörjning utifrån patienternas behov
4. Förbättra ledning, styrningen och uppföljningen

6.2 ÖKA DELAKTIGHETEN HOS PATIENTER, BRUKARE OCH NÄRSTÅENDE

En viktig del för att kunna möta befolkningens behov av specialiserad psykiatrisk vård är att ha patienternas/brukarnas och närståendes fokus. För att möjliggöra detta behöver verksamheten förstå patienters/brukares och närståendes behov och hur de möts inom psykiatrin. Vidare behöver insikterna analyseras och ligga till grund för utveckling av verksamheten för att bidra till den mest relevanta utformningen av hälso- och sjukvården med möjliggörande av delaktighet och ansvarstagande utifrån egen förmåga. Inom psykiatrin kan det ofta vara av särskild vikt att involvera och/stötta anhöriga, såväl barn som vuxna. Detta är delar i vad som krävs för att kunna efterleva patientlagen (2014:821) som trädde i kraft i januari 2015 där bland annat information, samtycke och delaktighet framhålls. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Nedan följer förslag på möjliga förbättringsområden utifrån genomlysningens insikter:

Etablera processer för att systematiskt analysera och implementera lärdomar från existerande källor

Det växer fram allt fler nationellt initierade källor till kunskap kring invånarnas och patienternas/brukarnas behov såsom Vårdbarometern som speglar invånarnas perspektiv, Nationella Patientenkäten som speglar patienternas perspektiv och allt fler kvalitetsregister som samlar in patientrapporterad data. För att kunna dra nytta av dessa insikter gäller det att etablera processer för att systematiskt, ta del av, analysera resultaten och implementera lärdomar. Ofta finns det möjlighet att få till mer frekventa eller fördjupande undersökningar än vad som initieras nationellt ifrån.

Etablera processer och verktyg så att alla verksamheter enkelt kan samla in återkoppling från patienter/brukare och närstående både för att följa upp pågående verksamhet och vid utvecklingsarbete

Under genomlysningen har det framkommit enstaka exempel på kontinuerlig uppföljning av patienters/brukares och närståendes upplevelse av den specialiserade psykiatriska vården. Genom att etablera standardiserade processer blir det enkelt för alla verksamheter att använda. En del är troligen ett digitalt verktyg som fylls i från dator, en smarttelefon eller läsplatta hemma eller på vårdenheten. Här skulle det troligen kunna finnas möjlighet att dra nytta av det initiativ som planeras på Regionkontoret, som ett led i arbetet med att möjliggöra invånarnas fokus. Ibland kommer det vara relevant att komplettera med andra typer av instrument såsom brukarrevisioner eller uppföljande telefonintervjuer, bland annat exemplifierat av BUP:s uppföljning över telefon av patienter som har kommit in i psykiatrin genom BUP-linjen.

Möjliggör för invånarna att göra informerade val när de söker psykiatrisk vård

För att möjliggöra att patienter/brukare och närstående kan utgå från vad som är viktigt för dem vid val av var de ska söka hjälp vid behov av specialiserad psykiatrisk vård behöver det finnas information om vad som kännetecknar olika verksamheter. Exempel på relevanta områden är tillgänglighet, bemötande och medicinska utfall. Det finns också många rapporter om att detta främjar kvalitetsutveckling i verksamheterna. Plattformen för 1177 Vårdguiden möjliggör jämförelser och i Halland har det börjat implementeras för tillgänglighet och patientomdömen för vårdcentraler. En lättillgänglig översikt av resultaten från både psykiatriska mottagningar i egen regi samt inom vårdvalet föreslås att utarbetas. Vilka variabler och hur de ska kommuniceras kommer kräva en särskild insats och där Regionkontoret kommer att kunna ha en stöttande funktion. Detta är också i linje med prioriteringarna i hälso- och sjukvårdsstrategin 2017-25.

Systematisk använda verktyg och metoder för att säkerställa individanpassad information och kommunikation som möjliggör delaktighet från patienter/brukare och närstående

För att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska kunna utformas och genomföras i samråd med patienten/brukaren behöver de och deras närstående förstå sjukdomen och de olika behandlingsalternativen. För att få till detta krävs information där både utformning och kanal anpassas utifrån individens behov. Flera studier har kunnat visa att ökad delaktighet utifrån förbättrad information och kommunikation också bidrar till mer ändamålsenlig vård till exempel i form av ökad följsamhet till läkemedelsbehandling och minskning av oplanerade återinskrivningar[5-6]. Inom psykiatrin i Halland är detta troligen en viktig pusselbit för att nyttja öppenvårdens resurser mer ändamålsenligt. I oktober 2016 ställdes 18 procent av öppenvårdensbesök in på grund av återbud eller uteblivna besök.

Ett par exempel på relevanta metoder och verktyg inkluderar troligen digitala lösningar för interaktiv kommunikation såsom påminnelser och formulär, informationsmaterial med olika inriktning där muntliga budskap kompletteras med skriftliga delar och särskild samtalsmetodik såsom Teach-back/”Förstå mig rätt-metoden”. Det är en evidensbaserad samtalsmetodik som i vetenskapliga studier har visat sig bidra till en ökad förståelse för den egna sjukdomen, ökad följsamhet till läkemedelsbehandling och minskad andel återinskrivningar och slutenvårdstillfällen[7].

Utveckla metod för att minska inflödet till akutmottagningen av yngre patienter vars behov kan mötas utanför specialistsjukvården

Begränsningen till yngre patienter är drivet av en diskussion inom somatiken och är inte relevant på samma sätt som för psykiatrin. För ytterligare beskrivning se förbättringsområdet ovan.

5 Project ReEngineered Discharge (RED) Lowers Hospital Readmissions of Patients Discharged From a Skilled Nursing Facility, Berkowitz et al, 2013, Journal of American Medical Directors association

6 STAAR: improving the reliability of care coordination and reducing hospital readmissions in an academic medical centre, Carter et al., 2015, British Medical Journal Innovations

7 The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review, Dinh et al, 2016, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports

6.3 UTVECKLA VÅRDPROCESSER OCH ARBETSSÄTT

Det finns möjligheter att utveckla vårdprocesser och arbetssätt inom den psykiatriska vården för att a) nå ut till och ta emot invånare med behov av specialiserad psykiatrisk vård och b) leverera en jämlik och sammanhållen vård av hög kvalitet med god kostnadseffektivitet utifrån invånarnas behov

Nedan följer förslag på möjliga förbättringsområden utifrån genomlysningens insikter:

Nå ut till och ta emot invånare med behov av specialiserad psykiatrisk vård

Nå ut till de invånare som är i behov av specialiserad psykiatrisk vård men inte själva förmår att etablera och/eller upprätthålla kontakt

Det finns inom psykiatrin patientgrupper som riskerar att fara illa och kanske också skada andra på grund av att de inte självmant söker sig till den specialiserade psykiatrin eller till den övriga hälso- och sjukvården. Detta inkluderar ofta patienter med bristande sjukdomsinsikt, psykisk funktionsnedsättning och/eller missbruk. För psykiatrin behövs rutiner som säkerställer proaktivt samarbete med andra aktörer för att identifiera och följa upp behövande individer inom riskgrupper som inte är i kontakt med den specialiserade psykiatrin och för att säkerställa följsamhet till behandling för de patienter som har etablerat kontakt med psykiatrin. Hemlösa är ett exempel på en riskgrupp, i december 2011 uppskattades det att det fanns drygt 700 hemlösa i länet[8]. Enligt Socialstyrelsens kartläggning 2011 hade en tredjedel av de hemlösa psykiska hälsoproblem och hälften av männen respektive en fjärdedel av kvinnorna hade missbruks- och beroendeproblematik. En del av denna åtgärd är troligen att kvantifiera behovet genom att analysera hur många av de hemlösa inom Halland som idag följs upp inom psykiatrin. Bland de som etablerat kontakt med psykiatrin är patienter med schizofreni en riskgrupp där ett tecken på behov av förstärkt uppföljande verksamhet är att 7 procent av patienterna med diagnosen schizofreni inte hade någon kontakt med den specialiserade psykiatrin eller den psykiatriska hemsjukvården under 2015 och att 21 procent hade färre än tre vårdkontakter.

Inkludera psykiatriska patienter i breddinförandet av ambulant bedömning

Ambulant bedömning är ett arbetssätt som har prövats i pilotform i Kungsbacka sedan 2011 och där nu breddinförande planeras som en del i den regiongemensamma verksamhetsplanen 2017. Det innebär att ambulanssjuksköterskan på plats hos patienten genomför triagering enligt RETTS. När en patient klassificerats som ”grön” enligt RETTS kontaktar ambulanssjuksköterskan läkaren på den vårdenhet där patienten är listad för dialog och beslut tas gemensamt om lämplig åtgärd för patienten. Utvärdering av piloten visar att det har möjliggjort att cirka 75 procent av dem som klassificerats som ”gröna” kunde stanna hemma och cirka 15 procent körts till en vårdenhet, till exempel en vårdcentral, och cirka 10 procent har körts till akutmottagningen. Detta är alltså ett arbetssätt som kommer att innebära ett minskat inflöde av patienter till akuten. En del i detta initiativ behöver vara särskild uppföljning av resultaten för patienter med psykisk ohälsa där, utöver uppföljning av åtgärd, uppföljning av trygghet och patientupplevelse är viktiga delar.

Förbättra remisshanteringen genom bland annat stärkt remisskvalitet och triagering

Remisser är den traditionella modellen inom hälso- och sjukvården för att hantera behov av konsultativt stöd från andra medicinska specialiteter. Som ett illustrativt exempel på hur viktigt detta är att prioritera så låt oss anta att det skulle vara möjligt att minska inflödet med 10 procent med 2016 års 6 100 remisser till vuxenpsykiatrin i egen regi och i genomsnitt fem mottagningsbesök för nya patienter skulle det motsvara 610 patienter och drygt 3 000 mottagningsbesök. Även om en tredjedel av denna frigjorda tid skulle behöva användas för att förbättra remisshanteringen så återstår ca 2000 frigjorda tider eller möjlighet till andra insatser. För mer detaljerade antagande se faktaunderlaget.

[8] Hemlöshetens omfattning i Sverige, 2011. Socialstyrelsen, Uppgifter från kommuner (antalet hemlösa i Halland utgör 2 procent av den totala andelen hemlösa i landet). Nationellt saknas uppgifter om kommuntillhörighet för 6 procent av landets hemlösa år 2011)

Ett tema för aktiviteter är att stärka kvaliteten på inkommande remisser. Remisserna skrivs visserligen av andra verksamheter men psykiatrin kan bidra med stöd och verktyg som underlättar deras remisskrivande och medför att remisserna kan få en bättre och mer tidseffektiv bedömning. Ett sätt är att för utvalda diagnosgrupper upprätta och kommunicera checklistor som beskriver vilka typer av undersökningar/utredningar som ska ha gjorts före inremittering så att resultatet kan bifogas remissen. Exempel på detta kan vara ett diagnosspecifikt frågeformulär eller remissrubriker som med fördel läggs in i journalsystemet för att öka sannolikheten för komplett och enkelt bedömbar information. Utbildning som underlättar korrekt diagnosticering kan också vara värdefullt. Studier har visat att i genomsnitt identifieras enbart hälften av de vanligaste psykiatriska diagnoserna vid det första kliniska samtalet inom närsjukvården och öppen specialiserad vård[9-10]. Förbättrad diagnostik kommer att öka kunskapen om vad man kan ta hand *om utan att behöva remittera vidare, förbättra remisskvaliteten* och göra det enklare att följa gränsdragningarna i handläggningsöverenskommelsen. De nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom rekommendera användandet av de diagnostiska intervjuerna i såväl närsjukvården som inom den specialiserade psykiatrin, exempelvis MINI (från engelskans ”Mini International Neuropsychiatric Interview”) och SCID-I (från engelskans ”Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version”). För att öka den diagnostiska tillförlitligheten rekommenderar Socialstyrelsen att den kliniska bedömningen kompletteras med strukturerade eller semistrukturerade diagnostiska intervjuer. Det kan löna sig att börja arbeta med ett urval av de största inremittenterna för att utveckla och utvärdera arbetssätt som sedan kan implementeras inom andra områden. Fördjupad analys av remissmönstret kan identifiera behov av utbildning hos inremittenterna.

Ett annat tema för aktiviteter för den specialiserade psykiatrin är att införa triagering av patienter så att de vars behov möts minst lika bra inom till exempel inom närsjukvården i första hand omhändertas där. Inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) sker detta idag genom den så kallade BUP-linjen som innebär att man gör en första bedömning av alla patienter över telefon och vid misstanke om psykisk ohälsa bokas en tid för intervju där en fördjupad bedömning ger underlag för om patienten är i behov av behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin. Samtliga patienter följs dessutom upp efter ett år, så att de som eventuellt kommit fel i systemet kan hjälpas rätt. Vuxenpsykiatrin i egen regi skulle behöva en motsvarande funktion. Hur detta ska utformas och via vilken kanal denna triagering ska ske behöver utvecklas utifrån en fördjupad analys av remissinflödet. Detta skulle troligen vara särskilt relevant för att bättre hantera inflödet av ”egenremisser”, det vill säga kontaktbrev direkt från patienter utan att behovet av specialiserad psykiatrisk vård bekräftats av till exempel närsjukvården. 2016 inkom 1 034 egenremisser till vuxenpsykiatrin i egen regi, vilket motsvarade 17 procent av remissinflödet. Kanske ett annat särskilt relevant område är flödet av internremisser, som idag utgör 17 procent av det totala remissinflödet. Av de här kommer ca 1 procent från psykiatrin i andra landsting/regioner, ca 20 procent från BUP till vuxenpsykiatrin och ca 80 procent från andra enheter inom vuxenpsykiatrin. För detta flöde av 6 100 remisser inom vuxenpsykiatrin finns troligen effektivare arbetssätt där triagering kan vara en del av lösningen, men första steget är en fördjupad förståelse.

Utveckla metoderna för konsultativt stöd – både från psykiatrin till andra specialiteter och från andra specialiteter till psykiatrin

Inom hälso- och sjukvården är det ofta så att en medicinsk specialitet kan behöva stöd och få tillgång till kunskaper inom andra specialiteter. Detta sker vanligen genom en remiss till den relevanta specialiteten dit patienten går för en bedömning som efterföljs av ett remissvar. Ofta innebär det att patienten därefter vid kroniska tillstånd regelbundet går till två olika läkare och själv är den som står för informationsöverföringen mellan läkarna. Under genomlysningen har det i flera intervjuer framhållits att detta minskar möjligheterna för en sammanhållen vård vidare anses bristande kunskapsöverföring mellan olika specialiteter leda till en sämre kvalitet av vården. Ett exempel på detta är att hjärtpatienter med

[9] Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt, 2012, SBU
[10] Detection of Anxiety Disorders in Primary Care: A Meta-Analysis of Assisted and Unassisted Diagnoses. Olariu et al., 2015, Depression and Anxiety

depression har 50 procent fler allvarliga incidenser jämfört med patienter utan depression[11]. Ett annat exempel är att patienter med schizofreni och bipolär sjukdom, som har metabola störningar i större utsträckning än övrig befolkning, inte får adekvat vård för sina somatiska sjukdomar i samma utsträckning som patienter utan psykisk sjukdom. Den metabola störningen yttrar sig som övervikt, diabetes eller rubbningar av blodfetter, vilka i sin tur ökar risken för bland annat hjärt-kärlsjukdomar[12].

Mer utvecklade metoder för konsultativt stöd kommer troligen också att kunna bidra till att det blir enklare att lösa de diskussioner som uppstår mellan närsjukvården och den specialiserade psykiatrin kring vem som har ansvaret för en viss patient i enlighet med handläggningsöverenskommelsen. Det kan också bidra till att patienter får möjlighet att vid försämring av sin depression gå kvar hos sin vårdcentrals läkare med stöd till förbättrad behandling genom råd från specialisten i psykiatri. I intervjuer med verksamhetsföreträdare från närsjukvården betonas värdet av att få hjälp från den specialiserade psykiatrin i genomförandet av bedömningar för att kunna erbjuda bästa behandling.

Det finns fler olika sätt att utveckla metoderna för konsultativt stöd till exempel genom att upprätta telefontider för konsultativt stöd över telefon eller video av specialist inom psykiatrin. I Uppsala län erbjuder psykiatrin telefonkonsultation samtliga vardagar. Man genomför även konsultationer via Skype eller LYNC[13]. En annan metod är att en specialist från psykiatrin kommer ut till en vårdcentral eller annan somatisk vårdenhet vid fasta punkter och då bedömer patienter på egen hand eller tillsammans med ansvarig kollega. Vid psykiatricentrum i Södertälje finns en psykiatrisk konsultations- och mottagningsenhet, som bland annat arbetar med konsultationer över telefon till andra vårdgivare vilket omfattar såväl närsjukvården som den somatiska vården på Södertälje sjukhus[14]. En tredje metod är att utveckla arbetssätt där man går från remisser till konsultativt stöd genom virtuella kanaler. Detta är en av de regiongemensamma aktiviteterna i verksamhetsplanen för 2017 och utifrån det tydliga behovet från psykiatrin och närsjukvården kommer en modell att utvecklas här och sedan spridas till övriga förvaltningar. Förvaltningschefen för psykiatrin är en av de koordineringsansvariga för arbetet. Tanken är att ansvarig läkare på vårdcentralen tillsammans med patienten ska kunna koppla upp sig via videolänk för konsultation med en specialist i psykiatri. I många fall kommer det då vara möjligt att planera för en väg framåt utan att patienten behöver överföras till psykiatrin. Detta arbetssätt skulle kunna vara ett sätt att möjliggöra att patienter som är välinställda på en viss psykiatrisk läkemedelsbehandling enklare kan följas upp på vårdcentralen, men få bedömning och beslut om fortsatt förskrivning till exempel av centralstimulerande läkemedel (som enbart får förskrivas av specialist i psykiatri) genom utvecklade metoder för konsultation.

Erbjuda tillgänglighet så att både första besök och start av utredning som lägsta ambitionsnivå når upp till vårdgarantin

För de patienter där det finns ett behov av specialiserad psykiatrisk vård är det angeläget att dessa patienter får hjälp. Under 2016 uppfyllde Halland inte vårdgarantin om besök inom 90 dagar för allmänpsykiatri för vuxna. Inom BUP uppfyllde man vårdgarantin för besök inom 90 dagar men låg efter vad gäller start av utredning och behandling inom 30 dagar. För varje mottagning behöver detta vara ett tydligt mål som man kontinuerligt följer och planerar om i patientbokningen för att nå. Vad som behöver göras kopplar förstås nära till de ovan beskrivna förbättringsområdena.

12 Psykiatrin har ansvar för att upptäcka somatisk ohälsa, Mika Agerberg, 2013, Läkartidningen
13 http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Sjukvard1/Psykiatriks-telefonkonsultation/
14 http://psykiatricentrumsodertalje.se/; http://www.1177.se/Hitta-vard/Stockholm/Kontakt/Psykiatriskt-Konsultations-och-Mottagningsteam-Sodertalje/

Leverera en jämlik och sammanhållen vård av hög kvalitet med god kostnadseffektivitet utifrån invånarnas behov

Exempel på förbättringsområden med utgångspunkt i öppenvården

Utveckla arbetssätt inom psykiatrin

Öka produktiviteten inom öppenvårdspsykiatrin

En ökad produktivitet inom vuxenpsykiatrin i Halland skulle medföra flera positiva följder bland annat skulle man kunna erbjuda patienterna besök i linje med vårdgarantin, bryta beroendet av bemanningspersonal med den associerade kostnadsökningen och avlasta heldygnsvården som är hårt ansträngd sedan drygt två år tillbaka. I nuläget är antalet patienter som varje läkare möter per dag lägre inom vuxenpsykiatrin än inom barn- och ungdomspsykiatrin och lägre än de krav som ställs på läkarna i det privata vårdvalet. Vidare ligger antalen patienter per läkare och dag på en lägre nivå än vad som ses i flera andra landsting vilket medför att en produktivitetsökning borde vara rimlig. Det bedrivs för närvarande inget systematiskt arbete för att öka produktiviteten och i intervjuer framkommer skepsis kring huruvida det är relevant att prata produktivitet inom hälso- och sjukvården. Akademiska sjukhuset skulle kunna vara ett lärande exempel där psykiatrin har infört produktionsmål om 5 patienter per läkare och dag och arbetar med öppna tidböcker för att uppnå målet. Ett annat lärande exempel är vad man har gjort inom den egna barn- och ungdomspsykiatrin för att klara av en ökning av antalet patienter på 48 procent från 2 800 till 4 100 de senaste 6 åren. I nuläget träffar varje läkare i snitt 4,3 patienter per läkare och dag. Inom vuxenpsykiatrin i egen regi har antalet patienter ökat med 13 procent mellan år 2010 till 2015 och läkarna träffar i genomsnitt 2,9 patienter/dag med en spridning från 1,9-5,3. Självklart ska uppföljning av produktivitet kompletteras med uppföljning och säkerställande av kvalitet.

Barn- och ungdomspsykiatrin har som sagt klarat att ta emot fler patienter och klarar att uppfylla den delen av vårdgarantin som innebär att erbjuda ett första besök inom 90 dagar, men 2016 hade utredning och behandling inte inletts inom 30 dagar för hälften av patienterna. Här behöver en genomgång göras för att förstå vad som skulle krävas för att förbättra den här delen. Är det en rimlig produktivitetsökning som inom vuxenpsykiatrin eller krävs andra typer av insatser?

Kartlägga och analysera förbättringsmöjligheter för patienternas väg genom vården för särskilt stora och snabbt växande patientgrupper

Två patientgrupper har ökat markant de senaste åren. Den ena är patienter med beteendestörningar, det vill säga neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom ADHD, som har ökat med 123 procent från 800 till 1700 unika patienter mellan 2010 och 2015 och nu utgör den största patientgruppen inom den vuxenpsykiatriska öppenvården (20 procent). Den andra är en växande grupp av nyanlända med psykiatriska hälsoproblem vilket är en direkt följd av de senaste årens ökande flyktinginflöde. För båda dessa grupper kan man tänka sig att det finns särskilda steg som skulle kunna optimeras såsom hanteringen av förskrivningen av centralstimulerande läkemedel till patienter med beteendestörning och behovet av information och kommunikation på andra språk till nyanlända patienter. Ett lärande exempel från Akademiska sjukhuset skulle kunna vara deras utveckling av en ny samverkansmodell med habiliteringen inklusive en förstärkning av deras medicinska kompetens.

Etablera arbetssätt som möjliggör erbjudande av akuta tider inom öppenvården

Idag erbjuds nästan bara planerade tider inom öppenvårdspsykiatrin, 93 % procent av alla mottagningsbesök är planerade. Till de dygnsöppna psykiatriska akutmottagningarna vid Varberg och Halmstad sjukhus kommer i genomsnitt 0,7 patienter per timme med en besökstopp på 1,3 patienter per timme klockan 11 på förmiddagen, det vill säga under ordinarie mottagningstid för öppenvården. Av patienter som söker sig till psykiatriska akutmottagningar skrivs 60 procent av patienter inte in, vilket indikerar att deras behov i flertalet fall lika väl kunnat mötas inom öppenvården och där som ett led i en kontinuerlig kontakt. Troligen skulle också en del av de patienter som kommer till akutmottagningen kunna få sina behov mötta inom närsjukvården, varför psykiatrin kommer att vara en del av den regiongemensamma aktiviteten för 2017 om att:

Utveckla samverkan inom psykiatrin och med övriga aktörer som möter patienter med psykisk ohälsa

Utvärdera samordningsmöjligheter inom öppenvården; barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, närsjukvård och delar av den kommunala omsorgen

Det finns många gemensamma nämnare som alla verksamheter som bedriver öppenvård behöver och här kan en genomgång ge underlag för samordningsmöjligheter. Genom att dela på lokaler finns ofta möjligheter att dela på fasta kostnader och administrativa funktioner samtidigt som det öppnar upp för att enkelt samverka kring patienter och det skapar ofta en mer stimulerande miljö för medarbetarna. Det kan gälla inom psykiatrin (där man idag har 6 mottagningar och 10 behandlingsenheter) där barn- och ungdomspsykiatrin kan samordnas med vuxenpsykiatrin och med andra såsom närsjukvården och delar av den kommunala verksamheten, till exempel socialtjänsten. En del i utvärderingen av dessa möjligheter är förstås hur man eventuellt behöver säkerställa särskilda anpassningar av till exempel väntrum.

Stärka samverkan mellan den psykiatriska öppenvården och heldygnsvården

Stärka samverkan så att det finns möjligheter att planera för inskrivning till heldygnsvården när öppenvården identifierar ett kommande behov hos patienten. De patienter som är i störst behov av heldygnsvård och nyttjar det mest lider ofta av sjukdomar som är kroniska såsom psykossjukdom och bipolär sjukdom. Ofta finns det en möjlighet att fånga upp tecken på en kommande försämring och planera för en inskrivning för att bryta detta eller för att genomföra en medicinändring. I ett antal regioner och landsting, bland annat Region Skåne och Stockholms läns landsting testas möjligheten av självvald inläggning vid vilka patienten själv, genom att upprätta ett kontrakt med sjukvården kan skriva in sig själv i upp till tre dagar. Den självvalda inläggningen syftar till att öka medbestämmandet för patienten, hjälper patienten att bryta ett destruktivt beteende i tid och bidrar till att minska antalet akuta inläggningar. Projekten har än så länge endast genomförts i liten skala och kommer att utvärderats under året. Preliminära resultat visar att den självvalda inläggningen skattas högt av såväl patienter som vårdpersonal och den tros ha stor potential i att bättre möta utvalda patientgruppers specifika behov.

Stärka samverkan så att det finns möjligheter att planera för inskrivning till heldygnsvården när öppenvården identifierar ett kommande behov hos patienten. De patienter som är i störst behov av heldygnsvård och nyttjar det mest lider ofta av sjukdomar som är kroniska såsom psykossjukdom och bipolärsjukdom. Ofta finns det en möjlighet att fånga upp tecken på en kommande försämring och planera för en inskrivning för att bryta detta eller för att genomföra en medicinändring.

Stärka samverkan så patienterna inte behöver komma in som oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar. I Halland är det en sjättedel som återinskrivs inom en månad efter utskrivning från en heldygnsavdelning, en fjärdedel inom tre månader och en tredjedel inom ett halvår.

Det är av stor vikt att etablera bra samordnade individuella vårdplaneringar och trygga utskrivningar med särskilda insatser för riskpatienter. Här blir det värdefullt för psykiatrin att bli del av de regiongemensamma aktiviteterna inom verksamhetsplanen 2017. För samtliga är också kommunerna en viktig aktör och samverkanspart. I den mån projekten är alltför avgränsade mot somatiken såsom det om trygg hemgång så bör det ändå finnas möjligheter för psykiatrin att antingen genom att verka för en utvidgning eller att ta lärdomar och applicera dem så som relevant för psykiatrin.

Stärka samverkan mellan den psykiatriska vården och motsvarigheter inom kommunen

Det pågår ett arbete som gradvis förstärker samverkan mellan olika aktörer och bland annat finns det formella samverkansstrukturer som involverar Regionkontoret, psykiatrin, närsjukvården och kommunerna. Detta behöver fortsätta och kompletteras med samverkan längst ut i verksamheterna. Till exempel behöver man inom heldygnsvården arbeta för att stärka samarbeten med den kommunala omsorgsverksamheten för att kunna säkerställa att kommunala omhändertagandet vid utskrivning från heldygnsvården sker på ett ändamålsenligt sätt med patientens behov i fokus. Det finns säkert till viss del men det har inom genomlysningen inte gått att få fram en översikt över vilka de är.

Möjliggör och rulla ut digitala vårdmöten för samordnad vårdplanering

Under sommaren 2016 genomfördes en pilot av digitala vårdmöten genom tjänsten Min doktor på akutmottagningen. En sjuksköterska från närsjukvården kunde på plats på akutmottagningen hänvisa patienter till ett digitalt vårdmöte och på så sätt avlasta akutmottagningen från yngre patienter vars behov kunde mötas utanför specialistvården. Utifrån positiva indikationer från den första piloten togs beslut om att utvidga tjänsten för att nå fler patienter samt utvärdera om tjänsten kunde erbjudas i egen regi.

Säkerställ "Trygg och säker utskrivning från sluten vård"

Inom den somatiska vården i Halland har ett arbete som kallas "Trygg hemgång" initierats och som innebär en implementering av arbetssätt för att identifiera och särskilt följa upp de patienter över 65 år som har förhöjd risk för oplanerad återinskrivning. I nuläget omfattar trygg hemgång alla verksamheter som kommer i kontakt med den identifierade målgruppen, dock inte psykiatrin. Psykiatrin bör dels ta initiativ till att stötta arbetet med trygg hemgång, särskilt då ett flertal studier har visat att uppemot 20 procent av alla äldre lider av någon form av psykisk ohälsa[15]. Vidare bör psykiatrin initiera ett arbete för att enligt samma struktur som trygg hemgång från somatisk vård, implementera samma typ av arbetssätt inom psykiatrin för att säkerställa trygg hemgång för patienter som skrivs ut från en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning.

Fullfölj utvecklingen av ett effektivt IT-stöd för informationsöverföring (mellan hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen)

Under de senaste åren har ett arbete bedrivits för att ta fram ett IT-stöd som möjliggör för informationsöverföring i samband med samordnad vårdplanering där också den kommunala omsorgen är involverad. Det nya IT-stödet planeras att bli implementerat i nuvarande journalsystem och ska innehålla in- och utskrivningsmeddelande samt kallelse till vårdplaneringsmöte och därmed underlättar arbetet med att ta fram, och följa upp på, samordnade individuella planer (SIP) till patienterna.

Exempel på förbättringsområden med utgångspunkt i heldygnsvården

Minska belastningen på heldygnsvården

En långsikt hållbar beläggningsgrad brukar uppskattas till 85 procent. Under 33 av 48 månader i perioden 2013-2016 har beläggningsgraden inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården legat över 85 procent och i vissa perioder över 100 procent. Under 2016 stängdes en hel avdelning med 16 platser i Varberg på grund av personalbrist. En minskning av det totala antalet vårdplatser har dock till stor del kompenserats för genom att öka kapaciteten på andra avdelningar. Det genomsnittliga antalet vårdplatser vid den psykiatriska heldygnsvården (exklusive rättspsykiatri) var 69 vårdplatser 2013, 72 vårdplatser 2014 och därefter 67 vårdplatser i 2015 och 2016. Över tid har vårdtiderna inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har reducerats med 13 procent, från en genomsnittlig vårdtid på 10,4 dagar i 2012 till 8,3 under första halvåret 2016. I en nationell jämförelse av medelvårdtider 2014 visade att Halland hade en kortare genomsnittlig vårdtid per inskrivning i relation till andra län på 9 dygn, enbart Stockholm och Norrbotten hade en kortare tid på 8 dagar. Genomsnittet för samtliga regioner/landsting var 13 dygn med en spridning mellan 8 till 18 dygn[16].

"Vi svarar inte riktigt upp mot patienternas behov. Det beror på att vi har varit tvungna att stänga platser och vi vårdar inte patienterna så länge som vi skulle behöva"

- Verksamhetsföreträdare vuxenpsykiatrin

För att kunna minska belastningen på heldygnsvården kan man öka antalet vårdplatser, minska inflödet eller korta vårdtiderna så att utflödet ökar.

[15] Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa, 2013, Socialstyrelsen
[16] Medelvårdtid inom psykiatrin, omfattar samtliga MVO-koder inom psykiatrin exklusive rättspsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri, Patientregistret 2014

Gällande antalet platser var beläggningsgraden lägre under 2014 när det var något fler platser och detta alternativ behöver övervägas utifrån hur genomförbara övriga alternativ bedöms vara och med vilken tidshorisont. Det är också viktigt att säkerställa att platserna varje dygn används fullt ut vid båda sjukhusen, så inte det ena har överbeläggningar medan den andra avdelningen har fria platser. Under intervjuerna har det framkommit att det finns en upplevelse av att detta inte sker idag. Detta är något som också bekräftas av analyser som visar att det under samma månad kan vara stora skillnader i beläggning mellan avdelningarna i Varberg och Halmstad, inte minst under 2016.

Med syfte att minska inflödet till heldygnsvården av särskilda patientgrupper följer här tre exempel där det bör finnas möjlighet att minska behovet av heldygnsvård genom förstärkta insatser inom öppenvården och/eller den kommunala omsorgen. I många fall skulle ett minskat behov av heldygnsvård också vara starkt kopplat till ökad livskvalitet. *1) Mångbesökarna*, patienter med upprepade inskrivningar under ett år. 2015 var 1 386 patienter inskrivna i heldygnsvården varav 199 patienter (14 procent) var inskrivna minst tre gånger. nio patienter hade under 2015 fler än tio inskrivningar. De vanligaste diagnosgrupperna är patienter med drogutlös psykisk störning som samlat står för 34 procent av samtliga inskrivningar bland mångbesökarna, specifika personlighetsstörningar som står för 16 procent och psykossjukdom som samlat står för 13 procent av det totala antalet inskrivningar bland mångbesökare under 2015. *2) De oplanerade återinskrivningarna*, här kan det föreligga överlapp med mångbesökargruppen. En fjärdedel av patienterna, knappt 600 patienter, som vårdats inom heldygnsvården skrivs in igen inom tre månader. *3) Patienter med missbruks- och beroendesjukdom* utgjorde 2015 den största gruppen inom heldygnsvården med 370 unika patienter. Gruppen är drygt 40 procent större än den näst vanligaste diagnosgruppen depression och ökade med 10 procent mellan 2010 och 2015.

Gällande att korta vårdtiderna kan det troligen finnas möjligheter framåt för att korta vårdtider igenom förändrade vårdprocesser och med utökat stöd från öppenvården för en del patientgrupper. Genomlysningen har visat att den genomsnittliga vårdtiden har sjunkit med 13 procent sedan 2010 och en nationell jämförelse har visat att Halland har näst kortast vårdtid i landet. Utifrån de insikter vi har fått från analyser och intervjuer med verksamhetsföreträdarna kring den pressade situationen så tror vi inte att en minskning av vårdtider är den bästa vägen framåt i nuläget. Däremot kan minskade vårdtider bli ett resultat av förändrat arbetssätt och nya vårdformer inom andra förbättringsområden.

Utveckla ”mellanvårdsformer” för att avlasta heldygnsvården och bättre möta patienternas behov

Det är en stor skillnad mellan akut heldygnsvården och reguljär öppenvård även om den stöttas upp med insatser från den kommunala omsorgen. Eftersom det finns få alternativ inom den psykiatriska öppenvården hamnar patienter/brukare många gånger i heldygnsvården trots att deras behov till viss del hade kunnat mötas mer effektivt inom öppenvården. Detta är också en av delförklaringarna till de patienter/brukare som återinskrivs kort tid efter utskrivning. För att bättre svara upp mot patienternas behov och kunna frigöra dessa heldygnsresurser behöver det utvecklas olika alternativ. Ett exempel på ett sådant alternativ som redan pågår i inom psykiatrin i Halland är den mobila verksamheten från psykosmottagningen i Halmstad, som genomförde 2 000 hembesök år 2015. Lärdomar från detta och andra liknande initiativ är viktiga inför vidareutvecklingen. Ett annat exempel är från Västra Götaland där en uppföljning av en så kallad ”mellanvård” har visat goda effekter. Skaraborgs sjukhus har etablerat en uppsökande verksamhet där tre mobila team besöker patienterna på platser som patienten själv har valt och ger dem individanpassat stöd. En utvärdering har visat att mellan 2011 och 2014 har det genomsnittliga antalet inskrivningar minskat med mellan 40-50 procent i patientgruppen och deltagarna i projektet har i genomsnitt besparats 50 vårddygn per år i den psykiatriska heldygnsvården. En annan modell är att patienterna dagtid får komma till en psykiatrisk dagvårdsenhet och där få bland annat medicinsk behandling och stöd av arbetsterapeuter och psykologer för att utveckla verktyg för att klara vardagen och hjälp att komma ur sin isolering.

Skifta specialiserad slutenvård till andra vårdformer i hemmet kombinerat med breddinförande av läkarmedverkan

En annan väg som ligger i linje med de regiongemensamma insatserna är att Skifta specialiserad slutenvård till andra vårdformer i hemmet kombinerat med breddinförande av läkarmedverkan. Ansvarig distriktsköterska som träffar patienten i hemmet eller på gruppboendet har tillgång till läkarkonsultation vilket medför att vissa medicinska bedömningar kan ske i hemmet istället för på vårdenhet. Detta förbättrar omhändertagandet och vårdflödet för patienter med psykisk sjukdom och förväntas bidra till att minska antalet vårdtillfällen i den psykiatriska heldygnsvården.

Säkerställa ett framgångsrikt genomförande av planen för utveckling av missbruks- och beroendevården från 2012

Som beskrivs ovan har en utredning av missbruks- och beroendevården i Halland fått ligga till grund för ett förbättringsarbete som bland annat syftar till att öka samverkan mellan samtliga aktörer som möter personer med missbruks- eller beroendesjukdom, däribland psykiatrin. Detta arbete bör utvecklas vidare och kontinuerligt utvärderas. En stärkt vårdkedja för patienter med missbruk- och beroendeproblematik antas leda till färre vårdtillfällen i den psykiatriska heldygnsvården vilket frigör platser på de överbelagda vårdavdelningarna samtidigt som kostnaderna minskar. Vård av patienter med drogutlöst psykisk störning utgjorde 13 procent av de totala kostnaderna i heldygnsvården år 2015 (d.v.s. det sammanlagda KPP för samtliga vårdtillfällen i heldygnsvården).

Exempel på förbättringsområden med utgångspunkt i nationella kvalitetsjämförelser[17]

Inom flera områden ligger den psykiatriska vården i Halland i den övre tredjedelen av regioner/landsting men av naturliga skäl lyfter vi i denna rapport de områden som har störst förbättringsmöjligheter, det vill säga de indikatorer i vilka Halland placerar sig i den mellersta eller nedre tredjedelen.

Exempel på behov av kvalitetsutveckling för patienter med psykossjukdom

Följsamhet till antipsykotisk behandling vid schizofreni i Halland låg 0-6 månader efter utskrivning i den nedre tredjedelen jämfört med riket och 12-18 månader efter utskrivning på gränsen till den nedre tredjedelen enligt vården i siffror som har data från 2013-14. Vidare har patienter med schizofreni återinskrivits i en högre utsträckning än medelnivån nationellt, Halland ligger i nedre tredjedelen jämfört med riket för återinskrivningar inom 28 dagar och efter 6 månader. Här finns en möjlighet att bättre möta patienternas behov samtidigt som man minskar belastningen på heldygnsvården och kostnaderna. Utifrån antal och vårdtider i heldygnsvården utgör psykospatienter den största kostnadsposten med 28 procent av totalkostnaden, 45 miljoner kronor.

Det har under de senaste åren genomförts ett förbättringsarbete inom psykosvården som kan ha förbättrat dessa resultat gällande följsamhet till läkemedelsbehandling. För de oplanerade återinskrivningarna visar analys av lokal data från andra halvåret 2015 och första halvåret 2016 att det fortsatt är ett förbättringsområde.

Exempel på behov av kvalitetsutveckling för patienter med bipolär sjukdom

Jämförelser av kvalitetsindikatorer som avser patienter med bipolär sjukdom visar att Halland placerar sig högt avseende andelen med litiumbehandling vid bipolär sjukdom. Dock finns det utrymme för kvalitetsutveckling gällande återfall vid bipolär sjukdom och sysselsättning vid bipolär sjukdom. Här finns en möjlighet utifrån att bättre möta patienternas behov, samtidigt som man minskar belastningen på heldygnsvården och kostnaderna. Utifrån antal och vårdtider i heldygnsvården utgör patienter med bipolär sjukdom den fjärde största kostnadsposten på 16 miljoner kronor 2015 vilket motsvarar 10 procent av totalkostnaden. Inom den vuxenpsykiatriska öppenvården stod patienter som sökte vård för bipolär sjukvård för 10 procent av det totala antalet vårdkontakter.

Exempel på behov av kvalitetsutveckling för att patienter med psykisk ohälsa ska få adekvat behandling för somatiska sjukdomar

[17] Vården i siffror, Indikatorer som avser psykiatrisk vård, Öppna jämförelser, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen

Vid psykisk sjukdom kan psykisk funktionsnedsättning och förmåga till sjukdomsinsikt påverka möjligheterna att sköta sin somatiska hälsa, söka hjälp inom den somatiska vården och att följa ordinationer. Flera av de läkemedel som utgör grundbehandlingen vid vanliga och potentiellt allvarliga psykiska sjukdomar såsom depression, bipolär sjukdom och psykossjukdom har biverkningar som ger ökad risk för metabola sjukdomar som övervikt, diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Så för dessa patienter finns en överdödlighet som beror dels på den ökade risken för självmord och trauma utifrån den psykiska sjukdomen och dels på en ökad förekomst av somatiska sjukdomar[18].

Ett mått på hur väl patienter med psykisk sjukdom får behandling för somatiska sjukdomar som följs på vården i siffror är undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos. Halland placerar sig på *18:e* plats i jämförelse med andra landsting/regioner, med flest antal *personer med undvikbara somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 patienter.* För indikatorn undvikbar slutenvård för alla patienter placerar sig Halland på 8:e plats. För att stärka den somatiska vården riktad till patienter med psykisk sjukdom bör därmed samverkan mellan psykiatrin och närsjukvården samt den specialiserade somatiska vården utvecklas. För patienter med psykisk funktionsnedsättning, begränsad sjukdomsinsikt och som inte själva klarar att söka somatisk vård, behöver kompetens och rutiner för att tillgodose detta etableras inom psykiatrin. Det råder en växande medvetenhet kring detta, till exempel skriver Socialstyrelsen i sina riktlinjer från 2017 för patienter med depression eller ångestsyndrom bör erbjudas en somatisk anamnes och undersökning och processer för att relevant utredning och behandling erbjuds vid behov[19].

6.4 SÄKERSTÄLL KOMPETENSFÖRSÖRJNING UTIFRÅN PATIENTERNAS BEHOV

En förutsättning för att kunna möta patienternas behov inom den specialiserade psykiatrin är att ha rätt kompetens tillgänglig. Detta omfattar bland annat att veta vilken kompetens man behöver och långsiktigt arbeta för att säkerställa den, att nyttja den kompetens man har på ett ändamålsenligt sätt och att ha en långsiktigt hållbar arbetsmiljö. Flera delar i detta är gemensamma för alla förvaltningar och psykiatrin kommer troligen att kunna få draghjälp från HR:s nya leveransmodell.

Nedan följer förslag på möjliga förbättringsområden utifrån genomlysningens insikter:

Veta vilken kompetens man behöver och långsiktigt arbeta för att säkerställa den

Kartlägga behovet av kompetens, definiera målvärden och utveckla långsiktiga åtgärdsplaner

Det första steget för att säkerställa att rätt kompetens finns tillgänglig är att kartlägga vilken kompetens man behöver idag och framåt med till exempel en fem-års horisont. Här väger flera faktorer in såsom personalomsättning, pensionsavgångar, förändrade kompetenskrav för nuvarande vårdgivarkategorier samt utveckling av psykiatrins uppdrag. Utifrån denna kartläggning kan man sedan definiera målvärden per nyckelkompetens och konkretisera planer för hur den ska fyllas med en kombination av åtgärder som inkluderar rekrytering, utbildningsplatser, arbetsfördelning samt utformning av tjänster. Rekryteringsprocesser bör stärkas genom att bland annat utvärdera olika kanaler och arbeta strategiskt mot målgrupper och rekryteringskällor. Vidare bör ett strategiskt arbete inledas kring utbildningsplatser och se över förutsättningarna för att etablera nya utbildningstjänster såsom ST-läkare och sjuksköterskespecialistutbildning, samt att utöka samarbeten med närliggande utbildningssäten för till exempel praktikplatser. Arbetsfördelning för respektive vårdgivarkategori bör ses över och utvärdera hur en utvecklad arbetsfördelning kan skifta rekryteringsbehov från en yrkeskategori till en annan som kanske är mindre svårrekryterad. I arbetet med att utveckla detta är en del också att ta lärdomar från den 60 punkts åtgärdslista som utvecklats inom Västra Götalandsregionen och har tagits upp av SKL och Uppdrag Psykisk Hälsa, se kapitlet lärande exempel.[20] Gällande utformning av tjänster värt att bland annat tänka igenom

18 Psykiatrin har ansvar för att upptäcka somatisk ohälsa, Mika Agerberg, 2013, Läkartidningen
19 Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Remissversion, 2017, Socialstyrelsen
20 Bättre läkarbemanning psykiatri – oberoende av hyrläkare, 2016, Martin Rödholm

möjligheter till kompetensutveckling, verksamhetsnära forskning, ersättningsvillkor och fördelning av helg- och kvällsarbetstid.

Optimera användningen av bemanningspersonal

Bemanningspersonal kan i vissa situationer utgöra en ändamålsenlig pusselbit för att möjliggöra relevant kompetens. Det är dock önskvärt att inte vara beroende av bemanningspersonal i stor omfattning eller på lång sikt på grund av den högre kostnaden men också på grund av de försämrade möjligheterna att få en kontinuitet i verksamheten, skapa vi-känsla och genomförandekultur som är viktiga delar särskilt när man står inför ett förändringsarbete.

SKL genomförde under 2015 en kartläggning av utbredningen av bemanningspersonal inom psykiatrin som ligger inom ramen för projektet Bättre läkarbemanning i psykiatrin – oberoende av hyrläkare. Flertalet regioner/landsting inklusive Halland tog i 2015-2016, beslut om en åtgärdsplan och tidplan för utfasning av hyrläkare. Under 2016 visades flera tecken på att psykiatrin i Halland behöver bryta sitt beroende av bemanningspersonal. I en nationell jämförelse på läkarsidan var 32 procent hyrläkare i relation till antalet specialistläkare inom psykiatrin, detta gör att Halland hamnar på en 6:e plats från toppen[21]. Kostnaderna för bemanningspersonal ökade med ca 200 procent till 44 MSEK, med fördelningen 44 procent vuxenpsykiatri öppenvård, 52 procent vuxenpsykiatri heldygnsvård och 4 procent barn- och ungdomspsykiatri. I den mån man behöver använda bemanningspersonal är det också viktigt att förhandla priserna, under 2016 betalade psykiatrin i genomsnitt 15 procent mer per timme än övriga förvaltningar, vilket kan vara en indikation på en förhandlingsmöjlighet. Det skulle kunna vara värt att skapa regiongemensamma avtal för att få upp volymen och ned kostnaderna.

Nyttja den kompetens man har på ett ändamålsenligt sätt

För att nyttja den kompetens man har på ett ändamålsenligt sätt ingår det bland annat att kompetenser samordnas för att möta behoven, de uppgifter som finns utförs på lämpligaste effektiva omhändertagande nivå och nya processer/stöd införs som kan effektivisera genomförandet genom förenkling eller automatisering.

Planera kompetensomfattning och arbetssätt utifrån invånarnas behov

Två exempel inom barn- och ungdomspsykiatrin följer nedan, där ett liknande eller vidareutvecklat arbetssätt med stor sannolikhet skulle kunna bidra till utveckling inom övriga delar av psykiatrin. Det första exemplet är samling av kompetens i mobila team vid ett begränsat patientunderlag. Den psykiatriska vården för de drygt 90 barn- och ungdomar som har tvångssyndrom och de drygt 10 som har psykos/bipolär sjukdom sköts av mobila team med bas i Halmstad. Det andra exemplet gäller samordning av kompetenser för att säkerställa likvärdig kompetens för alla invånare. Inom barn- och ungdomspsykiatrin finns genom en samverkan mellan flera mottagningar tillgång till kompetens från läkare, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer och övrig personal oavsett öppenvårdsmottagning medan det vid den vuxenpsykiatriska mottagningen i Hylte är begränsat till läkare och sjuksköterskor.

Breddinföra utvecklad arbetsfördelning (Framtidsarbetet)

Att breddinföra utvecklad arbetsfördelning är en aktivitet inom den regiongemensamma verksamhetsplanen för 2017 i vilken psykiatrin har en del av ansvaret. Denna aktivitet har uppstått utifrån insikter från analysfasen till Framtidsarbetet 2014 som visade att mellan 50-60 procent av alla läkare, psykologer och sjuksköterskor upplevde att 10-15 procent av deras arbetsuppgifter skulle kunna genomföras lika bra av någon annan kompetens. Genomförandet är försenat, men enligt den senaste tidplanen ska en plan för utrullning och uppskattad potential finnas på plats under första kvartalet 2017. De konkretiserade områdena inkluderar ronden inom slutenvården, teamarbete, och samarbete med vårdnära service. Psykiatrin behöver både ta till vara dessa möjligheter och insikter och anpassa arbetsfördelningen efter den egna verksamhetens förutsättningar.

[21] Uppdrag Psykisk Hälsa, Martin Rödholm, SKL

Införa webbtidbok (Framtidsarbetet)
Att införa webbtidbok är en aktivitet inom den regiongemensamma verksamhetsplanen för 2017 i vilken psykiatrin har en del av ansvaret. Detta är en implementering av en nationell satsning som går ut på att införa ett IT-stöd som möjliggör att invånarna kan få en översikt över sina tider och själva kunna boka om dem samt att administrativa resurser kan frigöras inom hälso- och sjukvården. Genomförandet är försenat, men enligt senaste tidplan ska en plan för utrullning och uppskattad potential finnas på plats under första kvartalet 2017. En del i arbetet framåt är att uppdatera den tekniska lösningen utifrån lärdomar från piloterna.

Införa förenklad läkemedelsförsörjning med bland annat slutenvårdsdos

Att införa förenklad läkemedelsförsörjning är en aktivitet inom den regiongemensamma verksamhetsplanen för 2017 i vilken psykiatrin har en del av ansvaret. Detta arbete innebär att automatisera och förenkla uppgifter kring läkemedelshantering med införande av slutenvårdsdos, färdigblandade antibiotikasprutor och lagerautomater för narkotika. Syftet är att frigöra sjuksköterskeid och förbättra patientsäkerheten. Under första kvartalet 2017 pågår arbetet med att ta fram en detaljerad projektplan.

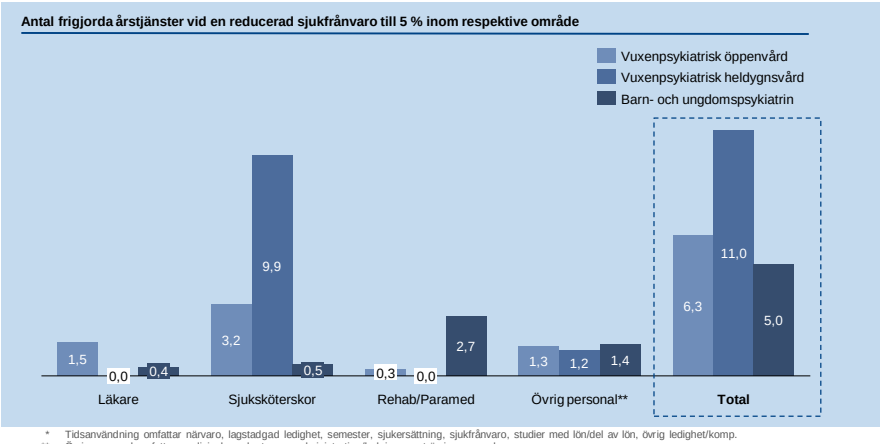
Införa Framtidens Vårdinformationsstöd

Att ta fram framtidens vårdinformationsstöd är en aktivitet inom den regiongemensamma verksamhetsplanen för 2017 i vilken psykiatrin har en del av ansvaret. Detta arbete syftar till att utforma nästa version av journalsystemet där ambitionen är att införa mer strukturerad dokumentation och ökade möjligheter till informationsdelning och kommunikation mellan vårdgivare och patienter samt internt inom vården. Psykiatrin bör i detta arbete säkerställa att det nya systemet möter psykiatrins särskilda behov på ett ändamålsenligt sätt.

Ha en långsiktigt hållbar arbetsmiljö

Minska sjukfrånvaron till samma nivå som i övrig förvaltning inom Region Halland

Vid en nationell jämförelse av sjukfrånvaro från 2015 ligger hela Region Halland på topp vad avser det landsting med lägst andel sjukfrånvaro med 5 procents sjukfrånvaro (spridningen nationellt låg mellan 5-7,3 procent)[22]. Inom psykiatrin i egen regi var sjukfrånvaron år 2016 8 procent jämfört med 5 procent inom Hallands sjukhus, Närsjukvården samt Ambulans, Diagnostik och Hälsa. Om sjukfrånvaron inom psykiatrin skulle sänkas till samma nivå som för övriga förvaltningar skulle det motsvara 17 årstjänster inom vuxenpsykiatrin och 5 årstjänster inom barn- och ungdomspsykiatrin (Figur 43). För att lyckas krävs troligen ett nära samarbete med HR enligt den nya leveransmodellen och helt nya arbetssätt med individuella planer för återgång i arbetet.



* Tidsanvändning omfattar närvaro, lagstadgad ledighet, semester, sjukersättning, sjukfrånvaro, studier med lön/del av lön, övrig ledighet/komp.
** Övrig personal omfattar medicinska sekreterare, administration/ledning samt övrig personal.
*** Övrig förvaltning omfattar närsjukvården, Hallands sjukhus och ambulans, diagnostik och hälsa.
Not: Andelen sjukfrånvaro inom psykiatrin bygger antalet timmar sjukfrånvaro av den totala tidsanvändningen under 2016. Antalet frigjorda årstjänster som en effekt av en reducering av sjukfrånvaron till 5 % är uträknat för respektive personalkategori inom respektive område för helåret 2016 med antagandet att en årstjänst motsvarar 40 timmar per vecka och 45 arbetsveckor. Andelen sjukfrånvaro av total tidsanvändning inom övrig förvaltning är uträknat för perioden januari-oktober 2016.
Källa: BO personalrapport, Region Halland, Health Navigator analys

Figur 43: Antalet frigjorda årstjänster som en effekt av sänkt sjukfrånvaro till en nivå på 5 procent av den totala tidsanvändningen.

[22] Sjukfrånvaroredovisningen, 2015, Sveriges Kommuner och Landsting

6.5 UTVECKLA LEDNING, STYRNING OCH UPPFÖLJNING AV DEN SPECIALISERADE PSYKIATRIN

För att kunna leverera framtidens psykiatri utifrån patienternas behov behöver det a) finnas en tydlig koppling mellan de övergripande målen och vad som utförs i den dagliga verksamheten, b) olika alternativ av utförare behöver kombineras och följas upp på mest ändamålsenliga sätt, c) styrning, ledning och uppföljning behöver utvecklas till att omfatta produktion, kvalitet och ekonomi, och d) det behöver utvärderas om det finns än mer ändamålsenliga organisationsmodeller för den egna specialiserade psykiatrin

Nedan följer förslag på möjliga förbättringsområden utifrån genomlysningens insikter:

Säkerställa tydlig koppling mellan de övergripande målen och vad som utförs i den dagliga verksamheten

Arbeta utifrån den styrkedja och de styrdokument som finns

Styrkedjan går från beslut om mål och resurser i Regionfullmäktige, via Regionstyrelsens ledning, styrning och uppföljning, till driftsnämndernas genomförande och uppföljning med stöd av Förvaltningschefen och den verksamhetsplan som denne tar fram. Genomgång av innehållet i styrdokumenten från tidigare år och intervjuer med företrädare på alla nivåer ger en bild av att det här finns tydliga förbättringsmöjligheter gällande såväl nedbrytning för konkretisering och uppföljning på samtliga nivåer som att alla nivåer inom politiken och på tjänstemannanivå arbetar åt samma håll.

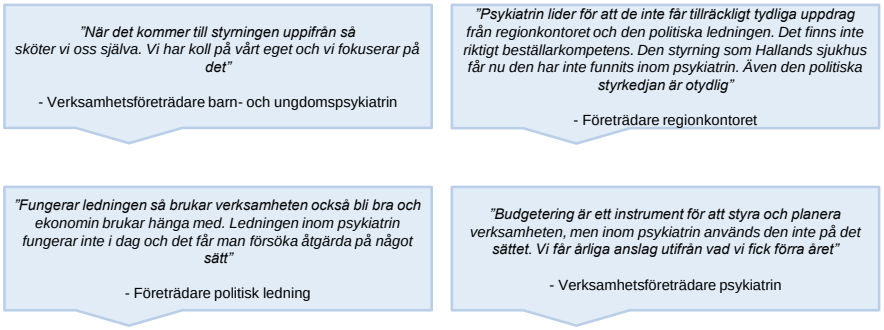
Sätta gemensamma mål som omfattar produktivitet, kvalitet och ekonomi

Fördelningen av resurser till psykiatrin behöver kompletteras med att utifrån en behovsanalys och -prognos definiera nyckeltal och målvärden på en övergripande nivå för flera dimensioner, inklusive produktivitet, kvalitet och ekonomi. De övergripande målen behöver därefter brytas ned inom psykiatrin och fördelas tillsammans med de tilldelade resurserna. Detta ger en annan utgångspunkt för planering och resursfördelning jämfört med att anpassa anslagsfördelningen utifrån föregående års resultat [23, 24].

Stärka samarbetet och genomförandekulturen från ledningsgruppsnivå och ut i hela verksamheten

Under arbetets gång har det framkommit att det inte funnits en gemensam målbild i ledningsgruppen inom psykiatrin. Under hösten 2016 beskrev vissa delar av verksamheten att de egentligen inte hade någon målbild, andra delar hänvisade till en som etablerats för några år sedan och i andra delar beskrev man utvecklingen av en ny målbild för sin del av verksamheten. Under förberedelsestarten av genomlysningen sades tydligt att ambitionen var att utifrån insikter under arbetets gång identifiera möjligheter och inleda ett parallellt utvecklingsarbete. För att möjliggöra detta inkluderades en verksamhetsutvecklare som också ingick i psykiatrins ledningsgrupp. Vidare inkluderades psykiatrins förvaltningschef i styrgruppen, där också den tillförordnade hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören, förvaltningschefen för närsjukvården samt chefen för avdelningen för uppföljning och analys ingick. Flera av de teman som beskrivs i denna slutrapport beskrevs för psykiatrins ledningsgrupp redan under början av hösten 2016. Det planerade tillvägagångssättet med att parallellt med genomlysningen inleda riktade förbättringsinsatser utifrån vad som identifierats har inte skett. Det har inte funnits någon mottagare för att diskutera hur man skulle kunna etablera en genomförandeorganisation eller hur man skulle inleda konkretisering av vad som behöver göras utifrån vad som identifierats. För att klara att lägga grunden för framtidens psykiatri är det en central prioritering att stärka ledningsgruppen arbets- och beslutsprocesser där ett av de gemensamma målen är att tillsammans genomföra ett omfattande och långsiktigt förbättringsarbete.

[23] Vården i siffror, Indikatorer som avser psykiatrisk vård, Öppna jämförelser, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen
[24] Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård, Palmgren & Eklund, 2014, SKL och RKA



Vidareutveckla och förankra formella roll- och uppdragsbeskrivningar

En annan central del i att säkerställa en strategisk helhetsstyrning handlar om att skapa tydlig samsyn kring centrala funktioners roller, uppdrag och därmed också ansvarsområden. I intervjuerna uttrycks det överlag att det saknas en tydlig bild av vilka förväntningar som finns på chefer inom psykiatrin, både på förvaltningsnivå och på verksamhetsnivå. Man beskriver även att de olika vård- och verksamhetsutvecklarna inom psykiatrin har olika roller och fokus. Det uttrycks i vissa fall som att formella roll- och uppdragsbeskrivningar helt och hållet saknas. Detta trots att det finns formella beskrivningar av ansvar, befogenheter och organisation. Utfallet talar att denna typ av dokument behöver spridas och levandegöras i verksamheten, för att bidra till ökad tydlighet och därmed också en förbättrad styrning och ledning. Det kan även finnas ett värde att se över och uppdatera denna typ av dokument i syfte att säkerställa enhetlighet med andra hälso- och sjukvårdsområden.

Se över befintlig ersättningsmodell baserat på utgångspunkten att stärka graden av målstyrning

Psykiatrin finansieras i huvudsak genom en traditionell anslagsstyrning, för vilka det ofta konstaterats att det är svårt att påverka vårdens kvalitet samt att den inte premierar produktivitet[25]. Under genomlysningen har det framkommit att så gäller också för psykiatrin i Halland. För att nå en högre grad av måluppfyllelse behöver man tydliggöra målen och komplettera med delar av rörlig ersättning kopplat till kvalitet och produktion. Om Halland väljer att se över ersättningsmodellen är det centralt att utforma en plan för uppföljning för det första åren och vid behov anpassa utifrån de lärdomar som kan dras.

Utöver anslagsfinansiering så erhåller öppenvården i egen regi delvis ersättning för de patienter som omfattas av vårdvalet utifrån samma modell som de privata vårdgivarna inom vårdvalet. Vid en eventuell genomgång av ersättningssystemet behöver det belysas om detta system verkligen är ändamålsenligt.

Förstärka kunskapsstyrningen genom att inleda ett systematiskt arbete med regionala vårdprogram och riktlinjer samt säkerställa rutiner för inrapportering till nationella kvalitetsregister

Genomlysningen visar att det finns förbättringspotential vad gäller kunskapsstyrningen och detta särskilt inom vuxenpsykiatrin. Inom barn- och ungdomspsykiatrin framgår av intervjuerna att man bedrivit ett systematiskt arbete för att ta fram kliniska riktlinjer som ska bidra till att skapa mer enhetlig vård samt öka vårdens kvalitet. Företrädare beskriver emellertid att en arbetsbelastning bidrar till att minska kunskapsstyrningens genomslag och att man väljer bort inrapportering av uppgifter till nationella kvalitetsregister till förmån för andra kvalitetsdatabaser. Inom vuxenpsykiatrin påtalas också att en upplevd hög arbetsbelastning påverkar kunskapsstyrningens genomslag, men där lyfts även fram att man överlag inte arbetar utifrån evidensbaserade arbetssätt samt att man inte följer upp på följsamheten till befintliga kunskapsstyrningsdokument i tillräcklig utsträckning. Utifrån detta bör ett arbete, med fokus på vuxenpsykiatrin, initieras för att ta fram regionala vårdprogram samt riktlinjer för olika insatser och behandlingar. Detta arbete bör ske i nära samarbete med företrädare från barn- och ungdomspsykiatrin i syfte att dra nytta av de lärdomar som gjorts inom ramen för deras systematiska arbete med utveckling av kunskapsstyrningsdokument. Utöver detta behöver rutiner vidtas för att säkerställa regelbunden

[25] Vårdval i specialistvården, utveckling och utmaningar, Anell, 2010, SKL

inrapportering till befintliga nationella kvalitetsregister. Denna typ av inrapportering är värdefull – såväl utifrån ett nationellt som från ett regionalt perspektiv. Detta eftersom kvalitetsregistren kan utgöra ett relevant underlag vid nationell uppföljning och kunskapsutveckling, och det kan även användas som ett verktyg i det regionala förbättringsarbetet.

Inför enhetliga rutiner för uppföljning, utvärdering och produktionsplanering på samtliga nivåer

I dagsläget saknas en strategisk modell för regelbunden uppföljning och utvärdering av psykiatrins verksamhet. Uppföljningen som görs är inte anpassad till olika nivåer, det vill säga strategisk och operativ nivå alternativt politisk nivå och tjänstemannanivå. Det finns med andra ord ingen struktur som utgår från en genomtänkt helhet där övergripande mål bryts ner till delmål och relevanta indikatorer. Politisk ledning och central förvaltning ställer även generellt få krav på regelbunden återrapportering, och de krav som finns verkar inte vara baserade på en gedigen analys av vilken information som efterfrågas på respektive nivå. Inte heller verkar krav ställas på regelbunden produktionsplanering, det vill säga att utifrån en analys av vårdbehov och framtagande av prognos, utveckla produktions- och resursplaner. Att löpande följa upp, planera och utvärdera verksamheten behövs för att verksamheten ska kunna utvecklas och förbättras. Det är också en viktig del av styrningen och kontrollen av verksamheten – såväl på central nivå som på verksamhetsnivå[26]. Inom ramen för arbetet med att förverkliga hälso- och sjukvårdsstrategin, har insatser påbörjats som syftar till att från grunden skapa ändamålsenliga strukturer för uppföljning av hela sjukvården i regionen. Insatserna omfattar bland annat utvecklingen av relevanta indikatorer som är kopplade till strategins övergripande mål och delmål. Detta arbete är ett avgörande första steg för att få till stånd en strategisk uppföljning tvärs samtliga nivåer. På central nivå är det i detta sammanhang viktigt att säkerställa att psykiatrin till fullo involveras. Det kan även vara värdefullt att i samband med utvecklingsarbetet, definiera relevanta och rimliga återrapporteringskrav för psykiatrin. Det kan till exempel handla om krav kopplade till produktivitet samt uppnådda resultat. På verksamhetsnivå, det vill säga inom psykiatrin, är det centralt att ett systematiskt arbete för att etablera enhetliga rutiner för uppföljning, utvärdering och produktionsplanering vidtas. Rutinerna bör bygga på strukturen som håller på att etableras på central nivå. Detta för att uppföljningssystemet ska bli till en logisk helhet, exempelvis där indikatorer på olika nivåer hänger samman med övergripande mål och delmål. Denna typ av rutiner skulle bidra till en ökad tydlighet vilket också skulle underlätta genomslag av olika beslut, till exempel vad gäller verksamhetsutveckling. Enhetliga uppföljningsrutiner skulle även bidra till att minska skillnaderna mellan olika delverksamheter inom psykiatrin. Nulägesanalysen visar att rutinerna för uppföljning inom de olika områdena varierar både till omfattning och ambitionsnivå.

Etablera processer för kontinuerligt lärande

Utifrån det kontinuerliga uppföljningsarbete som beskrivs ovan bör också rutiner och processer för att dela lärdomar utifrån utvecklingsarbete etableras. Vad i utvecklingsarbetet har fungerat respektive inte fungerat? Det finns till exempel idag flera framgångsexempel inom barn- och ungdomspsykiatrin som inte har spridits till vuxenpsykiatrin.

Stärka analyskapaciteten inom psykiatrin genom olika utbildningsinsatser och komplettering av datakällor

En annan viktig förutsättning för att löpande kunna följa upp verksamheten på ett ändamålsenligt sätt är att säkerställa tillräcklig analyskapacitet. I nulägesanalysen har det framkommit att analyskompetensen och analyskapaciteten behöver förstärkas inom psykiatrin. I dagsläget är analyskompetensen koncentrerad till ett fåtal funktioner. Det beskrivs i intervjuer att det överlag finns behov av kompetenshöjande insatser för att stärka upp den allmänna analyskapaciteten inom verksamheterna. Mot denna bakgrund föreslår vi att ett utbildningsprogram initieras med målet att öka analyskompetensen inom psykiatrins olika verksamheter. Denna typ av utbildningsprogram kan bedrivas på olika sätt. Ett möjligt alternativ är att brett erbjuda webbaserade utbildningsinsatser kombinerat med vissa handledningstillfällen. En annan tänkbar ansats är att utbilda enskilda verksamhetsföreträdare som senare kan fungera som ombud eller ambassadörer på sina respektive arbetsplatser. Ombuden får sedan ansvar för att löpande sprida relevant

[26] Socialstyrelsen 2014; SKL 2014; Lindgren 2011; https://skl.se/demokratiledningstyrning/ kvalitetstyrafoljaupputveckla.2646.html

kunskap till sina kollegor. En annan möjlighet är att kombinera båda dessa alternativ. En viktig del i detta är att ha god insikt kring vilka olika källor det finns och vilken information som finns tillgänglig i dessa. Utifrån detta bör arbete inledas med regionkontoret kring förbättrade möjligheter av uppföljning. Troligen är två relevanta teman vad psykiatrin kan få ut av RH-modellen och ett annat hur det går att skapa den koppling mellan förskrivna läkemedelsdata och övriga vårddata på individnivå så att följsamhet till läkemedelsrekommendationer, särskilt för kostsamma läkemedel, kan möjliggöras. Det sistnämnda skulle möjliggöra motsvarande förbättrad uppföljningsmöjlighet för samtliga verksamheter. Det finns redan utvecklat i flera andra landsting, till exempel Stockholms läns landsting och Region Skåne.

Planera så att de olika alternativen för utförare kombineras och följs upp för att på mest ändamålsenliga sätt möta patienternas behov

För invånare i Halland

Inom Halland eller inom andra landsting/regioner

För närvarande går det inte att följa mer specifikt vad invånare i Halland söker för typ av psykiatrisk vård i andra län och vad som är orsaken för besöket. Uppföljning och analys av halländska patienters vårdkonsumtion utanför regionen kan ge klarhet i huruvida den psykiatriska vårdens utbud bör förändras för att möta behovet avseende tillgänglighet och/eller innehåll. En delfråga är till exempel hur stor andel beror på att psykiatrin i Region Halland inte möter upp kraven inom vårdgarantin. Patientlagen (2014:821) som trädde i kraft 1 jan 2015 och ger patienterna möjlighet att välja utförare av offentlig finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemlandsting gör det sannolikt än mer angeläget.

Inom egen eller privat regi

Inom den specialiserade psykiatrin finns sedan januari 2014 heldygnsvård i egen regi, öppenvård i egen regi och öppenvård i privat regi inom ramen för det specialiserade vårdvalet för patienter med depression, bipolär sjukdom, ADHD och ADD. Mellan åren 2010-2014 ökade antalet patienter inom den vuxenpsykiatriska öppenvården med 22 procent och planade därefter ut mellan 2014 och 2016. Införandet av vårdvalet verkar alltså ha avlastat vården i egen regi och möter behoven hos nya patienter. Av patienterna inom vårdvalet är cirka en tredjedel nya inom psykiatrin, drygt 40 procent har tidigare haft kontakt med den psykiatriska öppenvården inom egen regi och en fjärdedel av patienterna har endast haft vårdkontakter i närsjukvården med registrerade psykiatriska F-diagnoser. Dock kvarstår ett behov av att förbättra möjligheterna till uppföljning, så att det går att genomföra en uppföljning av till exempel varifrån patienterna kommer, vilken diagnos de behandlas för och kvalitén på vården. Det har också framkommit flera indikationer på att utformningen av ersättningsmodellen inte är optimal och att den i vissa fall anses leda till en ineffektiv resursanvändning.

Innan man inleder arbetet med att vidareutveckla det nuvarande vårdvalet bör man ta ställning till omfattningen av vårdvalet. Vad är för- och nackdelar med att nuvarande fördelning mellan egen och privat regi i öppenvården jämfört med att flytta över ytterligare delar till vårdvalet utifrån att med tillgängliga resurser kunna möta invånarnas behov på bästa sätt gällande tillgänglighet och kvalitet. Om valet skulle falla på att utvidga vårdvalet med fler diagnoser är det centralt att dra lärdomar från det nuvarande vårdvalet och från andra landsting och regioner som utvärderat specialiserade vårdval inklusive aspekter som bland annat möjlighet till styrning, uppföljning, tillgänglighet utanför kontorstid, produktion, leverans, samverkan med egen regi och andra aktörer samt deltagande i utbildningsansvar.

För invånare från andra landsting/regioner
Under 2015 kom 6 procent (229 st) av patienterna inom barn- och ungdomspsykiatrin och 5 procent (505 st) av patienterna inom vuxenpsykiatrin från andra regioner/landsting. Andelen ligger väsentligen oförändrad de senaste 6 åren. Här behöver möjligheterna till uppföljning också säkerställa om det finns behov av att se över den nuvarande ersättningsmodellen. Det skulle också vara värdefullt att utvärdera om

det är inom någon del av psykiatrin för vilken det vore relevant att sluta avtal med annan region/landsting för att tillhandahålla vård för deras patienter. Detta kunde exempelvis vara ett sätt för att säkerställa tillräcklig kritisk massa eller för att möjliggöra utbud som annars hade saknat tillräckligt patientunderlag.

Utvärdera om det finns än mer ändamålsenliga organisationsmodeller för den egna specialiserade psykiatrin

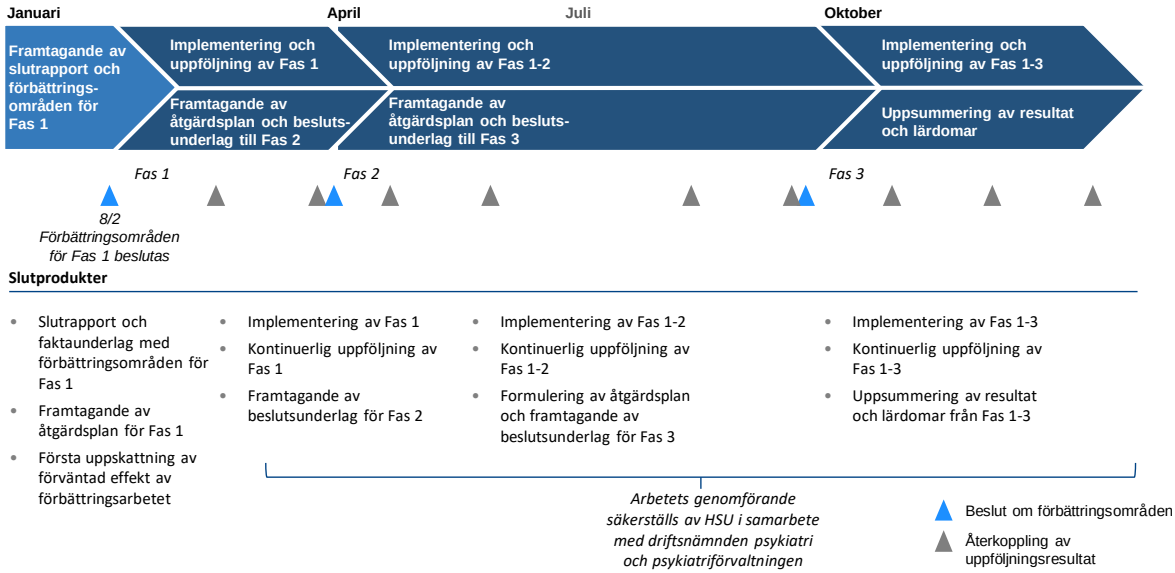
I början av 2000-talet riskerade psykiatrin att inte få tillräckligt med fokus i relation till de somatiska specialiteterna och därför beslutade man 2003 att lyfta ut psykiatrin i en egen förvaltning uppdelad i barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatrin Norr och Söder. Under den senaste 4-års perioden har två större omorganisationer genomförts inom vuxenpsykiatrin; 2013 genomfördes en sammanslagning av Psykiatrin Norr och Söder och 2014 genomfördes en uppdelning i heldygnsvård och i öppenvård. Under genomlysningen har det framkommit att den geografiska sammanslagningen fortfarande inte verkar ha fått fullt genomslag. Inom psykiatrin är det flera verksamhetsföreträdare som nu efterlyser en ytterligare omorganisation där man slår ihop öppenvården med heldygnsvården för att stärka samarbetet. Det är ett tydligt fynd från genomlysningen att det behövs ökad samverkan både geografiskt och mellan heldygns och öppenvården inom psykiatrin men huruvida det krävs en omorganisation för att säkerställa det är mer osäkert. Innan man fattar beslut om eventuella omorganisationer inom psykiatrin behöver man svara på en annan fråga som också framkommit vid flera tillfällen under genomlysningen och det är huruvida psykiatrin bör fortsatta att vara en egen förvaltning. De skäl som framförts av de som inte tycker att psykiatrin ska vara en egen förvaltning är att det blir ineffektivt med förvaltningsöverbyggnaden för en så avgränsad verksamhet och att det finns ett behov för närmare samverkan med närsjukvården och Hallands sjukhus.
Om det finns ett politiskt intresse att utreda denna fråga vidare så skulle man kunna utreda för- och nackdelar med de olika alternativen. De alternativ som framkommit under genomlysningen är att psykiatrin fortsätter vara en egen förvaltning, att psykiatrin slås samman med närsjukvården samt en uppdelning i vilken öppenvården i stora delar slås samman men närsjukvården och heldygnsvården slås samman med Hallands sjukhus.

7. Rekommendationer för nästa steg

Inom ramen för genomlysningen av psykiatrin har ett flertal förbättringsområden identifierats. Samtliga förbättringsområden är grundade i insikter och resultat från genomlysningens analysarbete. Förbättringsområdena syftar till att fungera som stöd och hjälp för verksamheten till att definiera åtgärder och aktiviteter för förbättringsarbetet som kan implementeras i verksamheten i närtid.

I februari 2017 fattade Hälso- och sjukvårdsutskottet beslut om en rad förbättringsområden som kommer att ligga till grund för den första fasen (Fas 1) av förbättringsarbetet som ska genomföras under 2017. Den första fasens förbättringsområden utgör enbart en del av samtliga förbättringsområden som är listade i den här rapporten. Övriga förbättringsområden ska beslutas om och genomföras under förslagsvis ytterligare två faser under 2017. Förslag på möjlig arbetsgång under 2017 är beskrivet i figuren nedan.

Möjlig arbetsgång – med stegvis komplettering av förbättringsområden under 2017



Förbättringsarbetets första fas, Fas 1, innehåller fyra huvudområden som beskrivs nedan.

Översikt av förbättringsområden för de områden som beslutades för under Fas 1 2017

Förbättrinsområde	*Minskning av sjukfrånvaron*	*Ökning av leveransen/ produktiviteten i öppenvården vuxenpsykiatrin*	*Förbättrad remisshantering*	*Utfasning av bemannings-personal*
Indikatorer för uppföljning	Andel sjukfrånvaro av total tidsanvändning, målnivå 5 %	Uppnå 5 mottagningsbesök per läkare och dag vid vuxenpsykiatriska öppenvårds-mottagningar	Förbättra remisshanteringen med målsättning att sänka antalet inkommande remisser med 10 %	Utfasning av bemannings-personal genom en ökad produktivitet och utvecklad arbetsfördelning bland befintlig personal
Prioritering och ansvarsfördelning	Psykiatri-förvaltningen	Psykiatri-förvaltningen	Psykiatri-förvaltningen	Psykiatri-förvaltningen
Första uppskattningen av förväntad effekt	15-20 frigjorda årstjänster	Reducerat behov av bemannings-personal samt ökad tillgänglighet	Reducerat behov av bemannings-personal samt ökad tillgänglighet i storleksordningen 2000 tider/år	Besparing på ~44 MSEK vilket motsvarar 2016 års kostnader för bemannings-personal

Genomförandet av förbättringsprogrammet kommer kontinuerligt att avrapporteras vid särskilda avstämningar med regionstyrelsens Hälso- och sjukvårdsutskott. En avgörande framgångsfaktor i detta arbete är att säkerställa en dialog mellan psykiatriförvaltningen, Driftsnämnden för psykiatri samt Hälso- och sjukvårdsutskottet. För arbetet bör Regionkontoret tillsätta en projektledare som stöttar psykiatrin i genomförandet av förbättringsarbetet. Vidare bör psykiatrin tillsätta mottagare av respektive förbättringsområde i form av arbetsgrupper som ansvarar för genomförandet.

PSH Budget 2018

Förslag på åtgärder

Samtliga förslag utgår från Psykiatrin Hallands målsättning uttryckt i verksamhetsplan 2017. Dessa mål kan också länkas till Region Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi. I detta dokument ingår inte alla förslag då flera görs inom befintlig ram.

1. Förbättra ADHD processen inom BUP

Mål: minska köer till nybesök, utredning och behandling
Mål: öka antalet öppenvårdsbesök med mer än 5 procent
Mål: minska sjukfrånvaron

Vad skall göras, kostnad och förväntad effekt:
I början av 2017 startar en mindre enhet på öppenvårdsmottagningen i Halmstad som kommer att ta emot ADHD patienter från hela Halland efter första bedömning på BUP linjen. Genom ett snabbare omhändertagande kommer ADHD patienterna snabbare till behandling. Idag är väntetiden upp emot 1 år.

Detta arbetssätt kommer att frigöra tid för patienter med tyngre symtombörda. Vidare kommer detta arbetssätt förhoppningsvis leda till en avsevärt förbättrad arbetsmiljö som i sin tur kommer minska sjukfrånvaron hos personalen som nu ligger på en alltför hög nivå. Arbetsmiljöverket har uppgivit, under deras inspektion 2016, att bakom de ökade sjuktalen ligger ett högt patienttryck i kombination med en hög komplexitet/svårighetsgrad.

Det höga inflödet har medfört att man inte har kapacitet att träffa patienterna tillräckligt ofta, vilket är en patientsäkerhetsrisk. Därför måste denna åtgärd genomföras omgående, vilket sker *inom den tilldelade budgetramen*. Vi beräknar ta emot ca 350 patienter under 2017 enligt denna rutin. För att höja kvaliteten ytterligare genom att faktiskt erbjuda vård och behandling till komplexa patientbehov behövs dock en utökad finansiering motsvarande **2,5 mkr,** enligt följande:

1 ST läkare
2 sjuksköterskor
1 administratör

2. Inrätta DBT-team inom BUP

Mål: minska köer till nybesök, utredning och behandling
Mål: minska antalet återinläggningar
Mål: minska sjukfrånvaron

Vad skall göras, kostnad och förväntad effekt:
Starta ett DBT team riktad mot svåra och vårdkrävande patienter. Ett DBT-team kännetecknas av snabb hjälp med hög tillgänglighet. Utöver att patienterna får adekvat vård kan återinläggningar undvikas. God evidens finns. Då arbetsmiljön kring dessa patientgrupper oftast är slitsam skulle också ett införande medföra sänkt sjukfrånvaro.

Verksamhetens ämnar genomföra insatsen/åtgärden *inom befintlig budgetram*. Dock kräver införandet en utbildningsinsats för ca 6 personer motsvarande 30 dagar/person. Detta skulle innebära en utbildningskostnad motsvarande **300 tkr.**

3. Behålla två idag befintliga regionpsykologer inom BUP

Mål: minska sjukfrånvaron
Mål: minska köer till nybesök, utredning och behandling

Vad skall göras, kostnad och förväntad effekt:
Behöver fortsatt finansiering av befintliga länspsykologer. Dessa har tidigare finansierats av PRIO pengar, dock inte fr.o.m. 2017. Dessa psykologer ligger således utanför budgetramen. Vidare har dessa psykologer gjort stor skillnad inom hela BUP avseende tillgängligheten till utredning. En fortsatt viktig ”instans” utifrån den bristande psykologsituation som finns inom BUP Halland och då särskilt vad gäller södra Halland.

Kostnaden för dessa 2 psykologer uppgår till **ca 1,4 mkr**.

Alternativet utifrån vårdgarantin är att verksamheten måste köpa externa utredningar, vilket blir dyrare och kvalitetsmässigt sämre då du bl.a. inte kan köpa efterarbetet och uppföljningen.

4. Inrätta 2 mobila team – vuxenpsykiatrin

Mål: minska antalet återinläggningar
Mål: minska sjukfrånvaron
Mål: arbeta mot en ekonomi i balans
Mål: Minska beroendet av bemanningspersonal,

Vad skall göras, kostnad och förväntad effekt:
Utifrån Hallands sociogeografiska struktur har behovet av mobila länge funnits mer eller mindre uttalat. Som ett prioriterat område, utifrån verksamhetsplanen, att utveckla ser vi två mobila team i Halland som en lösning på flera problem

De två mobila teamen, ett för den norra länsdelen och ett för den södra länsdelen, ska vara ett alternativ för patienter som behöver mera insatser än vad en öppenvårdsmottagning kan erbjuda men där inläggning inte bedöms vara nödvändigt.

Ett mobilt team kan erbjuda mycket tätare kontakt i jämförelse med vad en öppenvårdsmottagning klarar, i en del fall flera gånger per dag. Vidare kan man med mycket stor sannolikhet undvika inläggningar och även korta ned vårdtiderna då teamet kan göra täta uppföljningar efter utskrivning. Teamet kan även dela ut mediciner och säkra att patienten tar ordinerade läkemedel, vilket i sin tur minskar risken för försämring och inläggning.

Ökad trygghet för patienterna då man med mycket kort varsel kan få kontakt med och även träffa behandlare. Arbetssättet bygger på beprövad erfarenhet från ett antal kliniker i landet som visat på ett mindre behov av slutenvård. Den ökade tillgängligetheten medför en högre patientsäkerhet. Ett mobilt team, enligt modell Östergötland, arbetar 365dgr/24h.

Psykiatrin Hallands samlade bedömning avseende behovet är följande:
Ett team för den norra länsdelen, motsvarande 10 personer
Ett team för den södra länsdelen, motsvarande 10 personer

Utifrån vår svåra ekonomiska situation och den nyss genomförda ”genomlysningen” har vi för avsikt att initiera en försöksverksamhet med ett team i norra Halland., vilket vi avser genomföra *inom tilldelad budgetram.*

Viss initial kostnadsökning måste dock ingå i beräkningen men sannolikt prognostiseras en kostnadsminskning på sikt.
Psykiatrin Halland behöver dock ett tillskott avseende team 2 **motsvarande 6 mkr/år.**

5. Inrättande av tjänst ”Medicinsk utvecklingsstrateg”

Mål: arbeta mot en ekonomi i balans

Vad skall göras, kostnad och förväntad effekt:
Se särskild bilaga. Kostnaden uppgår till ca **1,5 mkr.**

6. Finansiering av 4 vik. underläkartjänster

Mål: arbeta mot en ekonomi i balans

Vad skall göras, kostnad och förväntad effekt:
Vi har ett otvetydigt behov inom verksamheterna, där behovet täcks med dyra bemanningsläkare. Vikarierande underläkare kan avlasta specialister genom att, under handledning, utföra utvalda arbetsmoment som receptförnyelser, journalföring, skriva intyg till Försäkringskassan och träffa patienter. Detta minskar behovet av hyrläkare. AT- och ST-läkare är utbildningsläkare och har inte möjlighet att hinna med hela volymen av dessa uppgifter då utbildningsinsatser
per automatik innebär minskad grad av klinisk tjänstgöring. Vi äskar således medel för motsvarande **2,0 mkr**

7. Införa QuestLink inom den vuxenpsykiatriska öppenvården

Mål: Införa digitaliserade former för patienter

Vad skall göras, kostnad och förväntad effekt:
Syftet med QuestLink är att utveckla system för att systematiskt följa psykiatriska patienter i realtid under vårdprocessen. Aktuella system fångar inte tillräckligt väl upp kliniskt relevanta faktorer för att kunna användas för metodutveckling och styrning av verksamheten. För patienten innebär det högre medicinsk säkerhet. Systemet underlättar således för patienten att kunna vara delaktig i sin vård

Det görs genom:

- Självskattningar av patienten.
- Kvantitativa mått.
- Kompletterar kliniska bedömningar och minskar bias.
- Följa förändringar över tid.
- Underlättar delaktighet ”shared decision making”.

Kostnad: år 1 - 350 tkr därefter 250 tkr/år

Två viktiga delar är anpassad information och kommunikation. En förutsättning för att skapa ökad delaktighet är att förstå patienters och närståendes behov och att inkludera insikterna i utvecklingen av den psykiatriska vården…”

Varberg den 6 februari 2017

Goran Delic
Förvaltningschef Psykiatrin