

Rapport

Genomlysning av Region Jämtland Härjedalens psykiatriska verksamheter

Procyon

27 februari 2018

Rolf Bowin, projektledare

Björn Ljung, seniorkonsult

Dag Boman, seniorkonsult

Lars Jacobsson, professor emeritus Umeå universitet

Conny Gabrielsson, sakkunnig

1	Inledning.....	3
2	Konsulternas genomförande av uppdraget.....	3
2.1	Modell och arbetsätt.....	3
2.2	Optimal verksamhetsmodell.....	4
3	Psykiatri Jämtland Härjedalen - nulägesbild.....	5
3.1	Allmänt.....	5
3.2	BUP.....	5
3.3	Vuxenpsykiatri.....	7
3.4	Första linjens psykiatri.....	10
3.5	Övriga vårdgrannar.....	11
3.6	Samverkan med kommunerna i Jämtlands län.....	13
3.7	Om verksamheternas resultat.....	14
3.8	En ekonomisk utveckling åt fel håll.....	16
3.9	Demografi och folkhälsa.....	18
4	Jämförelser mellan Region Jämtland Härjedalen och riket.....	18
4.1	BUP.....	19
4.2	Vuxenpsykiatri.....	20
4.3	Första linjens psykiatri.....	24
5	Analys - Etablering av en ny styrmodell för psykiatri.....	25
5.1	Sammanfattande problembild.....	25
5.2	Strategier för utveckling av psykiatri i Region Jämtland Härjedalen.....	27
5.3	Styrning och ledning.....	31
6	Förslag till ideal verksamhetsmodell.....	31
6.1	Några inledande reflektioner.....	31
6.2	Utvecklingspaket i ett tidsperspektiv.....	32
6.3	Några bärande principer.....	32
6.4	Tretton nödvändiga förändringar som måste genomföras.....	32
7	Ny organisationsstruktur.....	34
7.1	Vuxenpsykiatri.....	34
7.2	BUP.....	36
7.3	Första linjens psykiatri (Vuxenpsykiatri).....	36
8	Uppskattade kostnadsreduceringar.....	37
8.1	BUP.....	37
8.2	Vuxenpsykiatri.....	37

1 Inledning

Region Jämtland Härjedalen (hädanefter förkortat RJH) arbetar kontinuerligt med att genomföra åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Vid sidan om de handlingsplaner som varje område inom hälso- och sjukvården tagit fram, pågår det mer långsiktiga förändringsarbetet i "Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning 2015-2025", även kallad "LUP ekonomi". Den första versionen togs fram 2014 och reviderades i juni 2015. Syftet med LUP ekonomi var att identifiera ett antal områden där strukturförändringar skulle kunna genomföras för att förbättra Region Jämtland Härjedalens ekonomiska resultat. Avsikten är att ekonomin med växande intäkter ska vara i balans på fem-sex års sikt.

Planen innehåller 15 strukturförändringar varav psykisk ohälsa är ett. Exempel på andra strukturförändringar är akutflöde, primärvårdsstruktur, färdigbehandlade på vårdavdelning, hemtagning riks- och regionvård och samverkan med kommunerna.

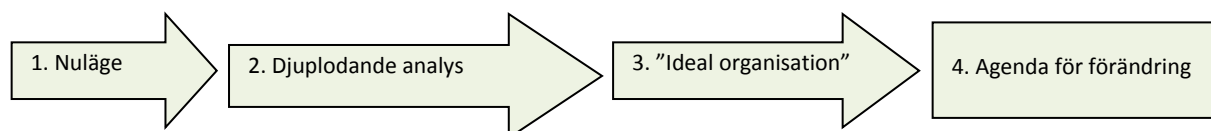
RJH har i anslutning till ovanstående anlitat Procyon AB för att genomföra denna fördjupade genomlysning av den psykiatriska verksamheten och komma med förslag på åtgärdsplan.

2 Konsulternas genomförande av uppdraget

2.1 Modell och arbetsätt

Arbetet har genomförts i ett antal steg. Efter en systematisk kartläggning av nuläget genomfördes en fördjupad analys bland annat med stöd av externa jämförelser. Analysen tog även sin utgångspunkt i en konkret bild av den "ideala organisationen". Slutligen har förslag till förbättringar som tar hänsyn till de regionala förutsättningarna identifierats.

De olika stegen är schematiskt följande:



2.1.1 Nulägesorientering och förstudie

För att förstå och sätta sig in i verksamheten på ett djupare plan genomfördes en nulägesorientering som dels gav en helhetsbild och dels en förståelse för detaljer. Ett 30-tal djupintervjuer har skapat en bred men också en djup insikt i de problem och möjligheter som psykiatri står inför.

Djupintervjuer – ett viktigt komplement i första steget

Ett 30-tal djupintervjuer genomfördes under hösten 2017 med verksamhetsansvariga, enhetschefer samt nyckelpersoner från kommuner, slutenvård, öppenvård för vuxna och med barn- och ungdomspsykiatri samt övriga vårdgrannar. Intervjuer genomfördes även med hälso- och sjukvårdsledningen i regionen.

Exempel på frågor som diskuterades under dessa djupintervjuer var:

- Samverkansöverenskommelser inom regionen och med andra intressenter
- Ledning och styrning inom verksamheten.
- Produktionsstyrning.
- Läkarrollen.
- Chefernas roll.
- Riktlinjer och lokala vårdprogram.
- Utredningstider inom neuropsykiatrin, gäller både BUP och vuxenpsykiatrin.
- Samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatrin.
- Samverkan med andra verksamheter inklusive kommunerna.

2.2 Optimal verksamhetsmodell

Utifrån de kunskaper och insikter som uppnås under intervjufasen och genom studier av andra landsting och regioners psykiatriska verksamheter, genomförs ett analysarbete med syfte att konstruera en verksamhetsmodell med fokus på effektivitet vad gäller kundvärde, ekonomi, arbetsätt och styrning. Denna modell ska tjäna som utgångspunkt för att identifiera åtgärder som är verkningsfulla i ett implementeringsskede.

Sammanfattningsvis var följande punkter i fokus under analysfasen:

- Funktionsbunden planering
- Kompetens
- Struktur
- Flöden, inklusive utskrivningsprocess
- Horisontellt tänk i ett patientperspektiv
- Vårdtider
- Produktion
- Ledning och styrning

Genom att konstruera denna "ideala modell" kan verkliga effektivitetspotentialer och därmed kostnadsreduceringar identifieras. Dessa effektivitetspotentialer är lättare att förstå om ett *systemperspektiv* används som analysgrund och inte enbart analys av enskilda delar i verksamheten vilket ofta genererar mer begränsade förbättringsförslag. Våra erfarenheter är att en övergripande systemanalys av verksamheter förbättrar förutsättningarna att åstadkomma kostnadseffektivisering samtidigt som kvalitet kan bibehållas eller öka.

I detta steg utförs också en validerad bedömning av vilka effektivitetspotentialer som är möjliga att hämta in och som kan bli bestående för verksamheten. Detta gäller även förslag till hur verksamheten kan organiseras.

3 Psykiatri Jämtland Härjedalen - nulägesbild

3.1 Allmänt

Psykiatriverksamheten i Jämtland Härjedalen är idag i huvudsak organiserad i följande områden:

- Barn- och unga vuxna (BUV) som omfattar barn- och ungdomspsykiatri (BUP), barn- och ungdomshabilitering och föräldra- och barnhälsan (FBH)
- Psykiatrisk vård för vuxna inklusive vuxenhabilitering och ungdomspsykiatrisk mottagning
- Primärvården med psykosociala enheter. Primärvården ger första linjens psykiatri för vuxna

Den psykiatriska verksamheten samverkar med kommunernas olika verksamheter, primärvården (främst de psykosociala enheterna förkortat PSE) samt med den somatiska vården för vuxna och barn. Inom BUP finns viss samverkan med ungdomsmottagningarna. Primärvården i regionen har också asylhälsan inom sin organisation. När det gäller kommunernas verksamhet är gränssnittet individ- och familjeomsorgen, skolorna och dess elevhälsa, äldreomsorgen och socialpsykiatrin.

3.2 BUP

BUP är en del av organisationen BUV (Barn och Unga Vuxna). Nuvarande organisation är ny sedan 1 januari 2017.



Efter de förändringar som har gjorts har BUV följande ansvar

- BUP har ett samlat ansvar för utredning samt stöd och behandling av ADHD.
- BUH (Barn och Ungdoms Habilitering) har ett samlat ansvar för stöd och behandling av Autism.
- Föräldra- och barnhälsan (FBH) är länets kompetenscentrum för mödra- och barnhälsovårdsfrågor. Målgruppen är personal inom mödra- och barnhälsovård, blivande föräldrar samt barn 0-6 år och deras föräldrar.

I samband med förändringar lades den tidigare enheten neuropsykiatri som låg inom BUH med 21 tjänster ned. Medel överfördes därmed till BUP (10 tjänster) och BUH (7 tjänster).

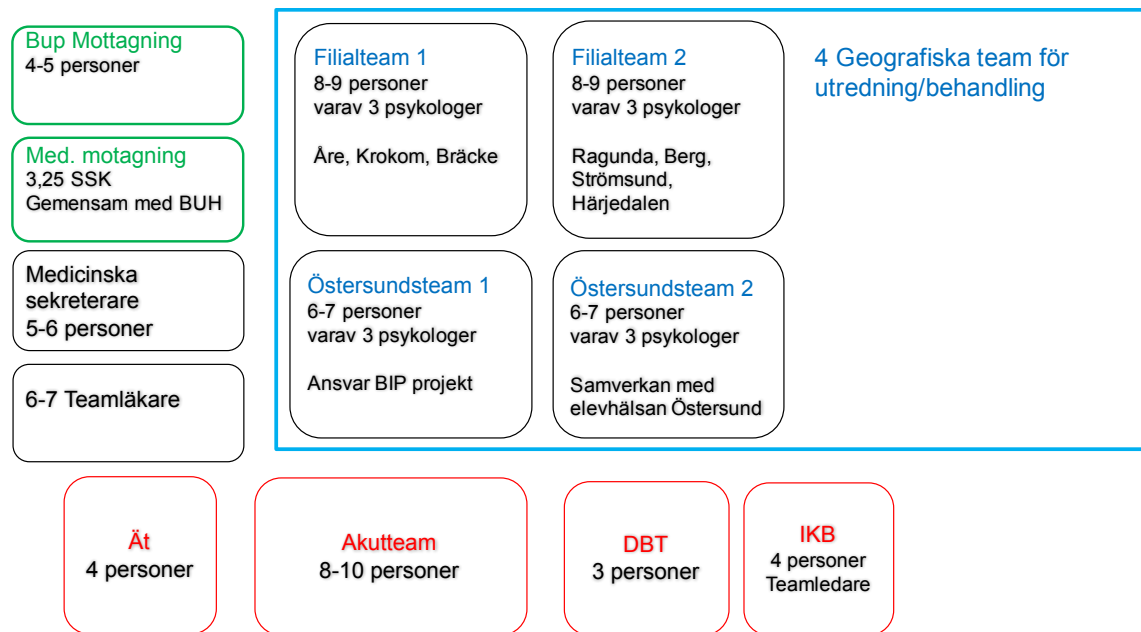
I och med detta har BUP ökat sin kapacitet för utredning och behandling av psykisk ohälsa. Samtidigt har en nedprioritering av habiliteringsinsatser för ADHD gruppen skett.

BUP består av följande delar:

- *BUP mottagning och medicinsk mottagning.*
- *Den allmänna barn- och ungdomspsykiatrin, är organiserad i fyra geografiska team, två Östersundsteam och två filialteam som täcker övriga länet. Filialteamen arbetar mobilt. Således erbjuds vården i länets alla kommuner, i vissa kommuner under två dagar i följd med övernattnig.*
- *Akutteam* med medicinsk mottagning. Akutteamet genomför akuta bedömningar, intensiv mellanvård och arbete inom slutenvård.
- *Ätstörningsteam*, som arbetar i nära samverkan med ätstörningsvården inom vuxenpsykiatrin.

- *DBT-team* (Dialektisk beteendeterapi). Terapin är utvecklad för självmordsnära och destruktiva personer med borderline emotionellt instabil personlighetsstörning.
- *IKB-team* (Intensiv kontextuell behandling av självskada) som är en samfinansierad verksamhet tillsammans med Östersunds kommun. Det är en tre månaders intensiv familjebehandling, effektiv vid självskaдебeteende med delar av behandlingen hemma hos familjen. Kommunens delfinansiering är 37%.

Bilden nedan är en illustration av dagens BUP-organisation.



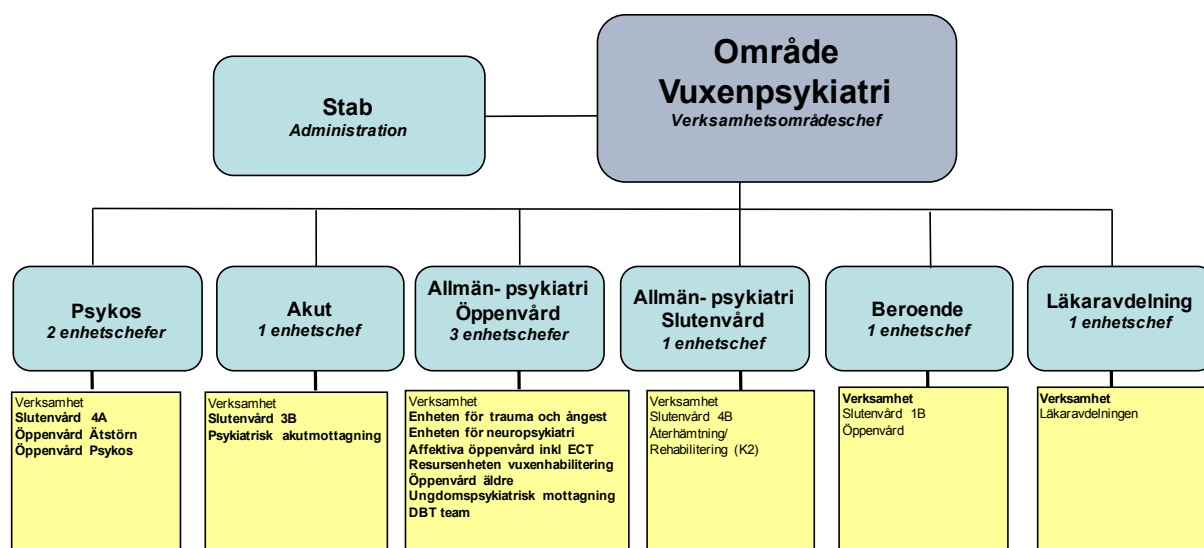
Tillgängligheten har förbättrats under 2017 trots ett stort inflöde av remisser. Kapaciteten att ta emot nya patienter har förbättrats som ett resultat av den nya organisationen till 55 nya patienter per månad i genomsnitt för 2017 att jämföras med 40 nya patienter per månad under 2016. Totalt sett bedömer dock verksamheten självt att kapaciteten fortfarande inte är tillräcklig i relation till remissflödet.

Vissa rekryteringssvårigheter finns särskilt när det gäller specialistutbildade läkare och i viss mån sjuksköterskor. För att förbättra utredningskapaciteten av neuropsykiatriska utredningar har en upphandling av privata vårdgivare för psykologutredningar genomförts.

Målen med den nya organisationen följdes upp i oktober 2017. Uppföljningen innebär enligt ledningen att de satta målen till stor del är uppfyllda. Men BUP har ännu inte etablerat de två slutenvårdsplatser som regionstyrelsen beslutat om. Skälet till detta är att det har saknats personal- och lokalmässiga förutsättningar för detta.

3.3 Vuxenpsykiatri

Organisationsstruktur per oktober 2017 framgår i nedanstående bild.



Psykosvården, det vill säga vården av psykiskt funktionshindrade, har två enheter, en öppen- och slutenvård (avdelning 4A).

Åtstörningsvården bildar en egen enhet. Patienterna vårdas vid behov på psykosavdelningen 4A.

Det akuta omhändertagande sker vid akutenheten, akutmottagningen och en slutenvårdsavdelning 3B. All remisshantering till specialistvården hanteras av en läkare vid akutmottagningen.

Allmänpsykiatrisk öppenvård följande enheter; affektiva enheten, unga vuxnas psykiatriska mottagning (UPM), enheten för trauma/ångest samt enheten för neuropsykiatri. Här ingår flera specialteam som DBT (dialektisk beteendeterapi) och öppenvård för äldre.

Allmänpsykiatriska slutenvårdsenheten består av vårdavdelning 4B och verksamheten för rehabilitering och återhämtning (K2). Det senare är en verksamhet som är till för att förhindra återinläggning av patienter med svåra problem men som inte är så sjuka att de behöver slutenvård.

Enheten för beroendevård består av en slutenvårdsavdelning 1B och öppenvård. Avdelning 1B är en allmänpsykiatrisk avdelning med inriktning mot missbruk och beroende. Målgruppen på 1B är personer med missbruk- och beroendeproblematik, ofta i kombination med psykiatrisk och somatisk samsjuklighet men även personer utan missbruk och beroende vårdas här. Vårdtiderna är som regel korta. I enheten ingår följande personalkategorier: läkare, sjuksköterskor, skötare, psykolog, psykoterapeut, socionomer, arbetsterapeut och sekreterare.

Den så kallade tillnyktringsenheten (TNE) är nedlagd och ska avvecklas. Skälet till nedläggningen är att regionen och kommunerna inte är överens om fördelningen av ansvaret. Enligt regionen har beroendevården vissa patienter i slutenvårdsverksamheten som borde överföras till kommunerna.

Läkarna har en egen enhet och ingår inte organisatoriskt i övriga enheter. Läkarna är följaktligen samlade i en enhet med en chef oavsett var de tjänstgör i verksamheten.

3.3.1 Öppenvårdsorganisation vuxenpsykiatri

Öppenvården har följande mottagningar (se nedanstående tabell).

Mottagning	Uppdrag	Helårsanställda 2016
Affektiva öppenvårdsmottagningen	Specialistpsykiatrisk öppenvård till bipolära och deprimerade patienter. Även patienter med neuropsykiatriska diagnoser, personlighetsstörningar och missbruk. Särskild uppföljning av patienter med litium	21,6
Beroende öppenvård	Patienter med samsjuklighet, (allvarlig psykisk störning som fordrar specialistvård och ett samtida missbruk/beroende), LARO samt Läns- och områdesresurs för konsultation och rådgivning	11,3
Neuropsykiatrisk mottagning	Utredning, funktionsbedömning, diagnosticering och behandling av patienter med ADHD	14,3
Mottagningen för psykiskt funktionsnedsatta	Bedömning, utredning och behandling av patienter över 18 år med psykisk funktionsnedsättning och psykosdiagnoser samt neuropsykiatri	16,5
Mottagningen för äldrepsykiatri	Psykiatriska tillstånd relaterade till åldrandet och affektiva sjukdomar och personer utan tidigare psykiatrisk sjuklighet. Minnessjukdomar och demenssjukdomar baserat på en konsultativ roll.	3,6
Trauma och ångestmottagningen	Bedömning, utredning och behandling av patienter med allvarlig ångestproblematik och allvarliga trauman, även ansvar för patienter med personlighetsstörning.	10,5
Ungdomspsykiatrisk mottagning	Patienter mellan 16-25 år med lättare psykiska problem	9,0
Resursenheten vuxenhabilitering	Tidsbegränsad habilitering på specialistnivå	8
Mottagning för återhämtning och rehabilitering	Psykiatrisk rehabilitering för att stödja patientens återhämtning. Denna liknar Fountain House ¹ . Ska reducera behov av återinläggning.	6,5
Mottagning för ätstörning.	Vuxna - Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa och Ätstörning UNS ² Verksamheten är till viss del gemensam för BUP och vuxna, delfinansierad av Östersunds kommun	7,1
Psykiatrisk akutmottagning	Akuta patientärenden och hantering av akuta och icke akuta remisser samt egenanmälningar. Mottagningen är öppen vardagar 08.00-17.00, därefter ansvarar 3B för jourverksamheten 17.00-08.00 och dygnet runt under helger.	8,6

¹ Fountain House är en internationell organisation. Den betonar både arbete och gemenskap och stödjer individer som lever med psykisk ohälsa. Organisationen engagerar personer med psykisk ohälsa som medlemmar. Deras deltagande baserar sig på frivillighet.

² Ätstörning utan närmare specifikation

3.3.2 Organisation av vuxenpsykiatrins heldygnsvård.

Heldygnsvården har tre vårdavdelningar med vardera tio vårdplatser samt platser för beroendevård.

Avdelning	Uppdrag	Platser
1b	Beroendevård - avdelning	8
3b	Akutvårdsavdelning	10
4a	Psykiatrisk slutenvård med inriktning mot psykoser och ätstörningsvård.	10
4b	Allmänpsykiatrisk vårdavdelning med inriktning mot affektiva och geriatriska tillstånd	10

Under perioden maj – aug 2017 hade avdelningarna följande beläggningsgrad enligt verksamhetens tertialrapport augusti 2017 (samma period 2016 beskrivs i parentes):

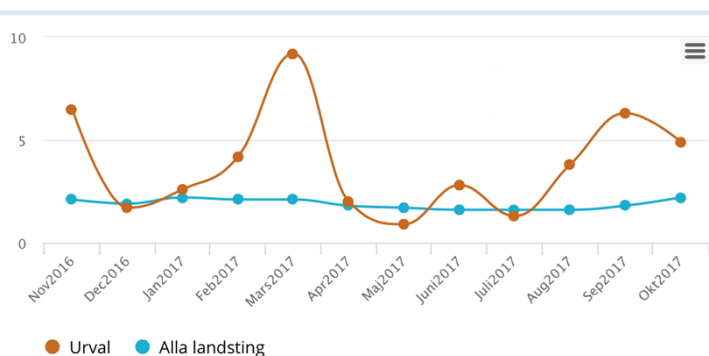
- Avd 1b: 77% (75%)
- Avd 3B: 77% (77%)
- Avd 4 A: 96% (100%)
- Avd 4B: 93% (99%)

Medelvårdtiden för heldygnsvården som helhet var 13,6 dygn under delåret maj - augusti 2017 och 2016 13,5 dygn.

Enligt delårsrapporten hade verksamheten en (1) oplanerad återinskrivning inom 30 dagar under perioden maj – augusti 2017.

Gentemot SKL:s databas "Väntetider i vården" har RJH redovisat följande uppgifter om överbeläggningar under 2017 (procentuell överbeläggning). (I siffrorna ingår BUP).

Överbeläggning



Av rapporteringen till databasen framgår att den genomsnittliga överbeläggningen för respektive månad har varierat mellan 1 och 9 procent, eller 1 - 4 patienter.

3.3.3 Bedömning och behandlingsplanering inom vuxenpsykiatri

Patientens vårdprocess startar vanligtvis med en remiss från exempelvis primärvården. Remisserna hanteras och sorteras av en läkare och en sjuksköterska på akutmottagningen. Därefter sorteras de remisser bort som inte är adekvata och återsänds till remittenten. Godkända remisser prioriteras för mottagningsbesök och skickas till respektive enhet.

Under år 2016 kom 2 122 remisser för 1 673 patienter till den specialiserade vuxenpsykiatriska vården. Av dessa riktades ca 854 till akutmottagningen. 1 461 remisser skickades från psykiatri till annan vård, av dessa skickades knappt 900 till hälsocentralerna. Av de 900 remisserna som skickades

till hälsocentralerna är sannolikt en stor del dubbelregistrerade. Det beror på att remisser som skickas till de psykosociala enheterna samtidigt, enligt beslutade riktlinjer, ska skickas till den hälsocentral där aktuell PSE finns.

3.4 Första linjens psykiatri

Den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin i RJH har ansvar även för den första linjens psykiatri för barn och unga upp till 18 år.

Inom vuxenpsykiatrin vilar ansvaret för första linjens psykiatri på primärvården.

Primärvårdens roll och ansvar preciseras i "Förfrågningsunderlag Hälsoval RJH2017³". I förfrågningsunderlaget redovisas alla krav som ska uppfyllas för att vårdgivare ska få verka inom hälsovalet.

Primärvården ska enligt förfrågningsunderlaget bland annat svara för följande basala verksamheter/funktioner:

- mottagningsverksamhet för såväl akut som planerad utredning, vård och behandling
- rehabilitering
- psykosocial verksamhet
- läkarinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
- rådgivning
- jour och beredskap
- mödrahälsovård
- barnhälsovård
- medicinsk service
- hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser
- smittskydd och vårdhygien
- utbildningsansvar

Primärvården ska ha tillgång till psykosocial verksamhet. Det gäller samtliga hälsocentraler. "Den psykosociala verksamheten ska stå för första linjens vård vid psykisk ohälsa." Denna verksamhet kallas psykosociala enheter.

Primärvården ska enligt detta bedöma, behandla, rehabilitera och följa upp patienter från 18 års ålder med psykisk ohälsa som inte kräver specialistsjukvård. Detta ansvar innefattar exempelvis lätta till medelsvåra depressioner, lätta till medelsvåra ångestsyndrom, stressrelaterade tillstånd, kriser samt psykosomatiska tillstånd. De psykosociala insatserna ska innefatta rådgivning, stödsamtal, krisbehandling och viss psykoterapeutisk behandling (motsvarande steg 1-kompetens).

Om kompetens och bemanning reglerar förfrågningsunderlaget att primärvården ska tillhandahålla psykosocial verksamhet med kompetenser som psykolog och/eller socionom och/eller psykiatrisjuksköterska för att förebygga och möta psykisk ohälsa samt tillhandahålla kompetens för rehabilitering.

Primärvården ska även svara för vårdintyg enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), Lagen om vård av unga (LVU) och Lagen om vård av missbrukare (LVM).

Psykosociala enheter

Psykosociala enheter finns vid samtliga hälsocentraler i länet. Enheterna vänder sig till den som är 18 eller äldre och är listad vid den aktuella hälsocentralen.

³ Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2017

Enheterna vänder sig till patienter som har behov av psykosocialt stöd och viss psykoterapeutisk behandling, till exempel:

- Kristillstånd
- Lätt/måttlig depression
- Lätt/måttlig ångest/ångestsyndrom
- Stress/Utmattningsstillstånd

Handläggningsöverenskommelse mellan primärvård och vuxenpsykiatri

En handläggningsöverenskommelse mellan primärvård och vuxenpsykiatri finns sedan 2015⁴ ⁵. I denna poängteras att primärvården ansvarar för första linjens psykiatri. Psykiatrin ansvarar för specialiserad psykiatrisk vård. I överenskommelsen understryks att primärvården och psykiatrin har många gemensamma patienter, och flödet av patienter mellan verksamheterna är relativt stort. I överenskommelsen framgår att *"det är viktigt att inse att man har ett gemensamt ansvar för patienten och att man kommunicerar när saker inte verkar fungera, samt hjälper varandra att ge akt på både psykiska och somatiska symtom."*

Överenskommelsens syfte är att ge vägledning i frågan om vem som gör vad kring patienter med psykisk ohälsa/sjukdom. Den ska dessutom tjäna som allmänna riktlinjer för respektive vårdområde.

Överenskommelsen omfattar bland annat

- Remissrutiner (Remissrutin från primärvård till psykiatri och remissrutin från psykiatri till primärvård)
- Telefonkonsultationer
- Rutiner när behandling inom psykiatrin är avslutad
- Sjukskrivning
- Diagnoser
- Riskbruk, missbruk och beroende
- Frågor angående tillnyktringsenheten (på väg att avvecklas)
- Suicidnära patienter
- Vårdintyg
- Ungdomar och unga vuxna med lätta besvär, i övrigt är det BUP:s ansvarsområde

3.5 Övriga vårdgrannar

3.5.1 Ungdomsmottagningen

Det finns tre ungdomsmottagningar i Jämtland Härjedalen; en i Östersund (öppet vardagar måndag-fredag), en i Strömsund (öppet tisdagar) och en i Sveg (öppet torsdagar).

Alla ungdomar mellan 13 och 23 år kan vända sig till vilken som helst av dessa ungdomsmottagningar. Besöken är gratis för alla i åldern 13 – 22 år.

På ungdomsmottagningarna arbetar barnmorskor, undersköterska/receptionist, kuratorer och läkare. Vissa dagar erbjuds även psykolog. Vanliga frågor är exempelvis sex, familj och relationer, nedstämdhet, oro eller stress, självkänsla och identitet, tobak, alkohol eller droger.

⁴ Handläggningsöverenskommelse mellan primärvård och område psykiatri. Giltig från och med 2015-01-12

⁵ Det finns ingen motsvarande överenskommelse avseende BUP. En generell överenskommelse "Jämtbus" finns som reglerar allt stöd till barn och ungdomar, både kommunalt och regionalt. I den nya version som beslutas i februari 2018 kommer enligt uppgift primärvården att finnas med. I den nya versionen anges att primärvården är basen för hälso- och sjukvård till barn och ungdomar. BUP kommer dock fortsättningsvis att ansvara för första linjens psykiatri för barn- och unga.

Ungdomsmottagningarna ger uttryck för att klarare ansvarsgränser mellan BUP, Ungdomspsykiatriska mottagningen och dem själva behövs för att undvika onödiga omtag och förlängda patientprocesser.

3.5.2 Asyl och flyktinghälsa

Antalet asylsökande har varit högt i Jämtland Härjedalen under de senaste åren. Bedömningen är att det inom länet fortsättningsvis kommer att finnas ett stort antal personer asylsökande.

Ansvar för asylsökande och nyanlända delas mellan kommuner, landsting/regioner, länsstyrelsen, arbetsförmedling, skatteverket, försäkringskassa och migrationsverket. Hur uppdragen är reglerade förändras över tid utifrån mottagna regleringsbrev utifrån budget och lagförändringar.

Regionens skyldigheter

Enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera ska landstingen erbjuda personer som inte har fyllt 18 år hälso- och sjukvård samt tandvård i samma omfattning som barn och ungdomar bosatta inom landstinget. Personer som har fyllt 18 år ska erbjudas *omedelbar sjukvård* enligt hälso- och sjukvårdslagen och omedelbar tandvård enligt tandvårdslagen. Bestämmelserna omfattar både somatisk och psykiatrisk vård samt tandvård.

I begreppet omedelbar sjukvård läggs bland annat följande som berör psykiatrisk vård.

- akut vård och behandling (omedelbar vård)
- vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten
- vård som är följdinsatser av vård som getts (inklusive psykiatrisk vård)

Enligt regelverket ska de berörda personerna erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning.

Enhet för Asyl- och flyktinghälsa

Enheten för asyl- och flyktinghälsa har sedan december 2016 ett utökat uppdrag att vara resurs till övriga verksamheter inom RJH. Verksamheten organiseras i Område Primärvård och anslagsfinansierad.

Uppgiften är att utföra hälsoundersökningar för asylsökande, ensamkommande barn/ungdomar och nyanlända som avlastning för regiondriven primärvård och som erbjudande till privata utförare. Hälsoundersökningen innefattar hälsosamtal om fysisk och psykisk hälsa, smittspårning samt provtagning och dessutom uppmärksammas eventuella fortsatta sjukvårdsbehov. Barn upp till 18 år undersöks av läkare.

Enheten har även uppdrag att fungera som kunskapsbank, utbildare och utvecklare inom området.

Asyl- och flyktinghälsans samspel med barn- och vuxenpsykiatri

Erfarenheten från arbetet med hälsoundersökningar är att det existerar psykiatrisk problematik inom målgruppen. De långa handläggningstiderna och förlängda uppehållstillstånd från migrationsverkets sida medverkar till svåra avvägningar om vilka insatser som ska genomföras inom ramen för "omedelbar vård". De utdragna processerna bedöms av Asyl- och flyktinghälsan leda till att insatser från hälso- och sjukvården, inklusive psykiatrisk vård, behöver göras i ökad omfattning för att leva upp till de lagställda kraven på landstingen. Enheten för asyl- och flyktinghälsa har från sin sida anställt två personer som kan arbeta med psykisk ohälsa.

Enligt vad som framkommit i genomlysningen råder oklarheter inom organisationen om ansvar och uppgifter. Inom primärvården uppges de psykosociala enheterna ha olika uppfattningar om sitt ansvar i frågan. Samspelet fungerar bra på vissa orter, på andra inte.

Enligt de kartläggningar som har gjorts är det få i målgruppen som behöver specialistpsykiatrins hjälp (avser både barn- och vuxenpsykiatri). De som behöver sådan hjälp söker akut. En tydligare konsultationsfunktion från psykiatrins sida efterfrågas som skulle kunna förebygga onödiga akutbesök och avlasta specialistpsykiatri. En stor del av arbetet gentemot asylsökande och flyktingar utförs av frivilliga organisationer. Även dessa efterfrågar möjligheter till konsultation från specialistpsykiatrins sida.

3.6 Samverkan med kommunerna i Jämtlands län⁶

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommun skyldiga att ha en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar. Huvudmännens ansvarsfördelning, arbetssätt, samverkan och kommunikationsvägar är viktiga för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. I Jämtlands län finns för åren 2014-2025 "Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik" vilka har antagits av länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen. Nya direktiv för 2016 gav kommunerna och RJH stimulansmedel för att göra en gemensam analys- och handlingsplan, i syfte att ytterligare utveckla insatser på område psykisk hälsa. Regeringen och SKL presenterade fem fokusområden för arbetet med analys- och handlingsplan; förebyggande och främjande arbete, tillgängliga och tidiga insatser, utsatta grupper, enskildas delaktighet och rättigheter samt ledning, styrning och organisation. Den handlingsplan som har arbetats fram i Jämtlands län är giltig under perioden 2016-2020 och innehåller både kortsiktiga- och långsiktiga mål inom området psykisk hälsa. *Handlingsplan för kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen – område psykisk hälsa* antogs i Barnarenan och SVOM i oktober 2016.

Överenskommelsen syftar kort till att:

- ge vägledning och direktiv till chefer och förtroendevalda och andra beslutsfattare för att skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning
- ge vägledning i samarbetsfrågor till medarbetare samt till brukare och anhöriga som vill få kunskap om vad som gäller för samarbetet mellan regionen och kommunerna beträffande personer med psykiska funktionsnedsättningar
- tydliggöra samverkansansvaret, definiera olika begrepp samt ge vägledande rekommendationer för insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar i Jämtlands län.
- vara ett underlag för lokala överenskommelser mellan huvudmän
- frågorna på regional nivå ska hanteras i befintliga samverkansstrukturer

De övergripande målen är att

- stödja individens egen återhämtningsprocess
- stödja individen att ansöka om det stöd som behövs i respektive organisation
- ge individen det stöd som den behöver oberoende av vårdgivare
- förstärka brukarinflytandet, utgå från ett helhetsperspektiv gällande brukarens behov och förutsättningar vid planering av åtgärder och insatser

För att nå de övergripande målen ska verksamheterna säkerställa att:

- de insatser som erbjuds ska vara utformade i enlighet med nationella riktlinjer och evidensbaserad praktik, så långt det är möjligt.
- behandlings- och rehabiliteringsinsatserna ska vara så kvalitativa och effektiva som möjligt. Insatserna ska bygga på en utvecklad vårdkedja där ansvarsfördelningen är tydlig och där

⁶ Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och region Jämtland Härjedalen, av den 4 april 2017.

personal har kompetens i enlighet med tillgänglig kunskap.

- ska ta tillvara och utveckla den kompetens som finns regionalt och lokalt för att främja utvecklingen av en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning

Av genomförda intervjuer med kommunala företrädare framgår bland annat:

- Det brister i samverkan både mellan kommun och region, men också inom respektive huvudman. Inom kommunerna bland annat mellan skola och socialtjänst. Och inom regionen framförallt vad gäller övergången mellan BUP och vuxenpsykiatri.
- Kommunerna upplever att regionens psykiatri (både vuxen och BUP) i allt för hög grad är organiserad i "stuprör" vilket försvårar flexibilitet i samverkan.
- Samarbetet är personbundet, men uppges normalt fungera dagligdags i det löpande patientarbetet.
- Samarbetet uppges fungera sämre på ledningsnivå.
- Kommunerna upplever att regionens vårdplanering inte tillräckligt strukturerad.

3.7 Om verksamheternas resultat

3.7.1 BUP

I det nedanstående beskrivs ett antal fakta om BUP:s verksamhet i RJH. Källan är tertialrapport per augusti 2017 avseende BUV.

Inom verksamheten genomfördes ca 101 årsarbeten under 2016. Antalet är något färre under innevarande år.

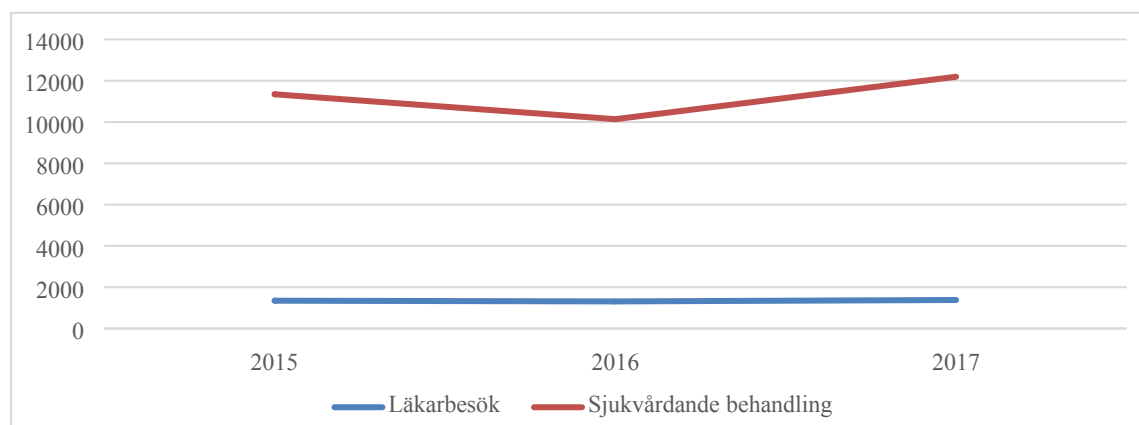
Ett urval av BUV:s mål, aktiviteter och resultat per april respektive augusti 2017:

Mål/aktivitet	Målvärde	Resultat
Andel barn och unga som får ett första besök inom område barn, unga vuxna, inom 30 dagar. (Endast BUV)	Målvärde = 100%	Inom 30 dagar: 81% Klar förbättring jämfört med 2016 (69%).
Analysera medicinska kvalitetsresultat (från ex kvalitetsregister, vården i siffror) per område - förbättringsarbete utifrån analysens resultat		Förbättringsarbete samt fokus på uppföljning av patientrelaterade resultat i områdets verksamhetsresultat. Förberedelse för deltagande i kvalitetsregister på BUH och BUP pågår, BUPQ samt HABQ. Återinförande av funktionsnivåbedömning genom CGAS skala på BUP har genomförts. Utvärdering av vården genom t ex. SRS/ORS på BUP samt Wineland och MPOC på BUH har delvis påbörjats.
Utveckla produktions- och kapacitetsplanering - utbildning, behovsanalys, etablering av system och verktyg samt systematisk uppföljning		Pågår i tillämpbara delar. Mottagningar samt utredningar. Utbildningsinsatser genomförda samt planerade. Utveckling av registreringar i Cosmic samt produktionsdata pågår.

Under perioden januari till augusti 2017 producerades 1 379 läkarbesök och 12 192 sjukvårdande besök inom BUV. Det är en ökning från föregående år (se även diagram 1).

Remissinflödet till BUP har ökat med ca 30 procent sedan 2015.

Diagram 1, Öppenvårdsproduktion inom BUV, januari – augusti under åren 2015 - 2017



3.7.2 Vuxenpsykiatri

I det nedanstående beskrivs ett antal fakta om den vuxenpsykiatriska verksamheten i RJH. Källan är tertialrapport augusti 2017.

Inom verksamheten genomfördes 251 årsarbeten under 2016. Antalet ökar under innevarande år.

Ett urval av vuxenpsykiatrins mål, aktiviteter och resultat per april respektive augusti 2017:

Mål/aktivitet	Målvärde	Resultat
Telefonuppföljning av utskrivna patienter från slutenvård	100%	0 %, Implementering av rutin pågår. Aktiviteten påbörjas under hösten
Dagar medicinskt färdigbehandlad 2016, 443 dagar, varav 5 med betalningsansvar.	150 dagar	Tom aug: 262 dagar varav 169 med kommunalt betalningsansvar
Tillgänglighet till vård, nybesök	100%	63%
Väntande till besök och genomförda besök inom specialiserad vård inom 90 dagar. 2016: Väntande 68 %	Målvärde 2017, 100 %	Väntande 73 % (aug 2017)
Tillgänglighet till behandling	Rapporteras inte	Inom området sker omfattande utredning för många patientgrupper innan rätt behandling kan sättas in. Det är resurskrävande och vissa utredningar tar lång tid. Affektiva har utredning kvällstid.

Under perioden januari till augusti 2017 producerades ca 5 700 läkarbesök i vuxenpsykiatrins öppenvård och 13 900 besök som sjukvårdande behandling. Inom heldygnsvården producerades knappt 8 600 vårddygn fördelat på 682 vårdtillfällen med en genomsnittlig medelvårdtid om 12,1 dagar. (Obs! Olika uppgifter förekommer om heldygnsvårdens genomsnittliga medelvårdtid). I nedanstående diagram 2 och 3 beskrivs utvecklingen under de tre senaste åren.

Diagram 2, Vårdproduktion inom vuxenpsykiatri, januari – augusti under åren 2015 - 2017

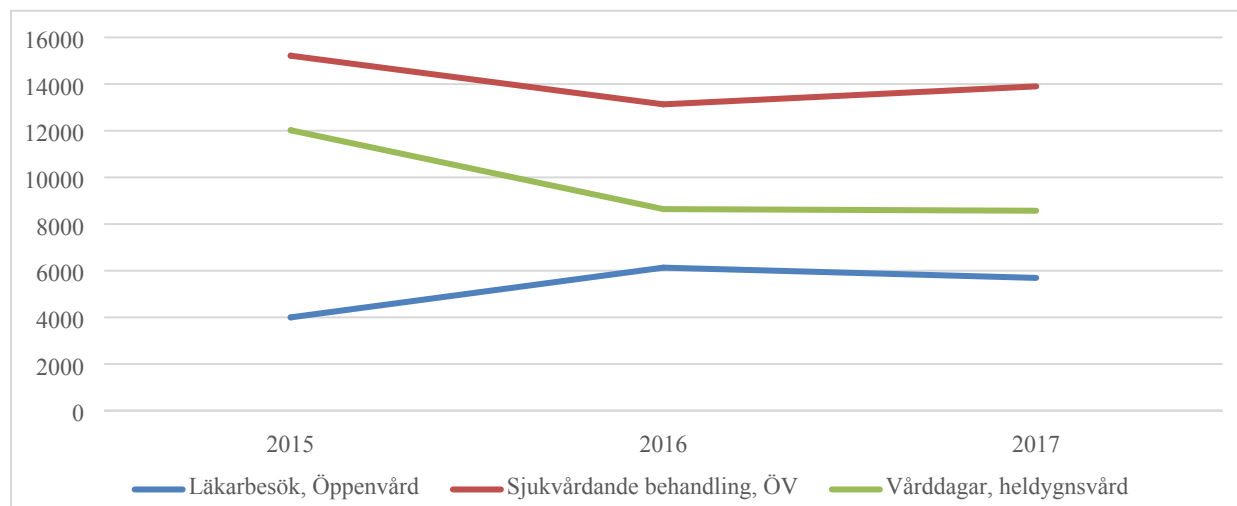
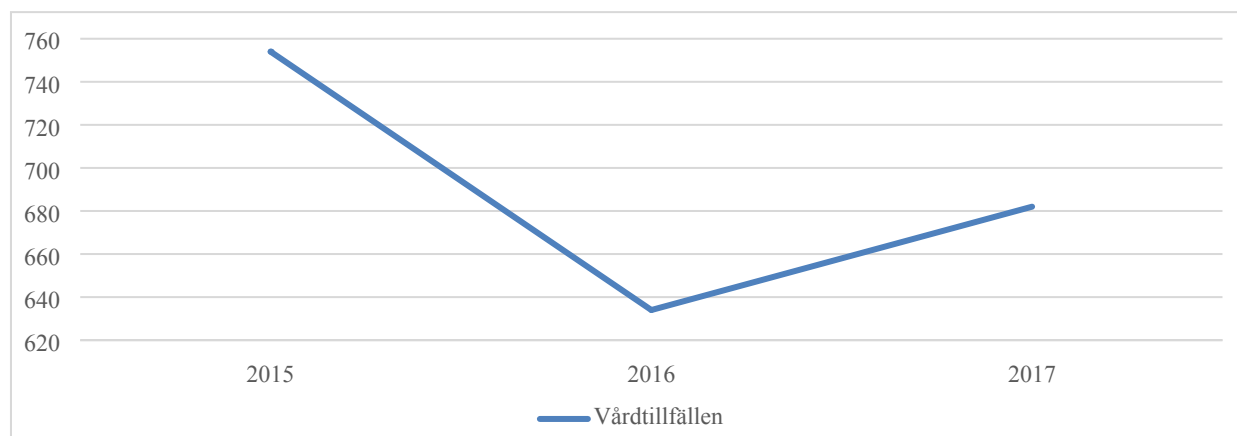


Diagram 3, Vårdtillfällen inom heldygnsvården (vuxenpsykiatri), januari – augusti under åren 2015 - 2017



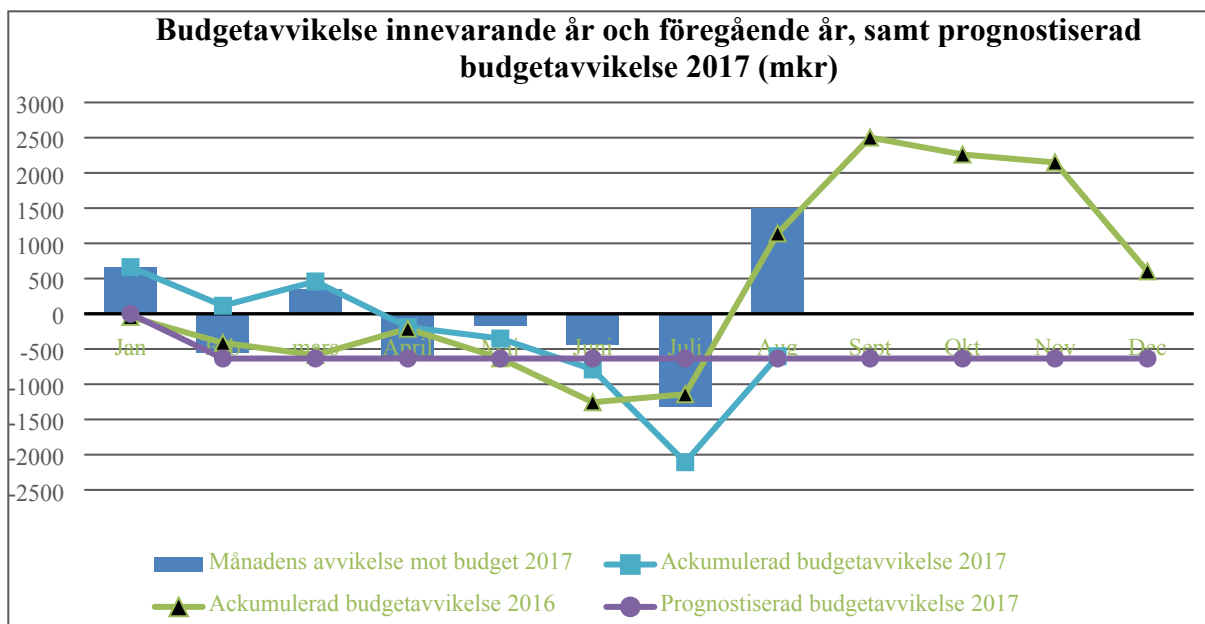
3.8 En ekonomisk utveckling åt fel håll

3.8.1 BUP

Enligt tertialbokslut per april 2017 har verksamheten ett resultat som är 2,1 Msek sämre än motsvarande period 2016. De tre faktorer som påverkar resultatet är högre personalkostnader, 1,2 Msek som beror på lönerrevisionen, men även på att området rekryterat in personal på vakanta tjänster. En annan bidragande orsak till resultatförsämringen är det ökade utnyttjandet av stafettpersonal med 1,2 Msek samt en ökad kostnad för hjälpmedel på 0,4 Msek. Till viss del kompenseras dessa kostnadsökningar med en högre intäktsnivå på 0,5 Msek.

Av tertialrapporten per augusti 2017 framgår att prognosen för helåret är minus 635 000 kronor. Negativ avvikelse kostnadsmissigt på köpta läkartjänster och hjälpmedel uppvägs av lägre personalkostnader och högre intäkter. Arbete med förskrivarna i verksamheten med stöd från verksamhetsutvecklare från hjälpmedelscentralen har genomförts för att minska hjälpmedelskostnaderna.

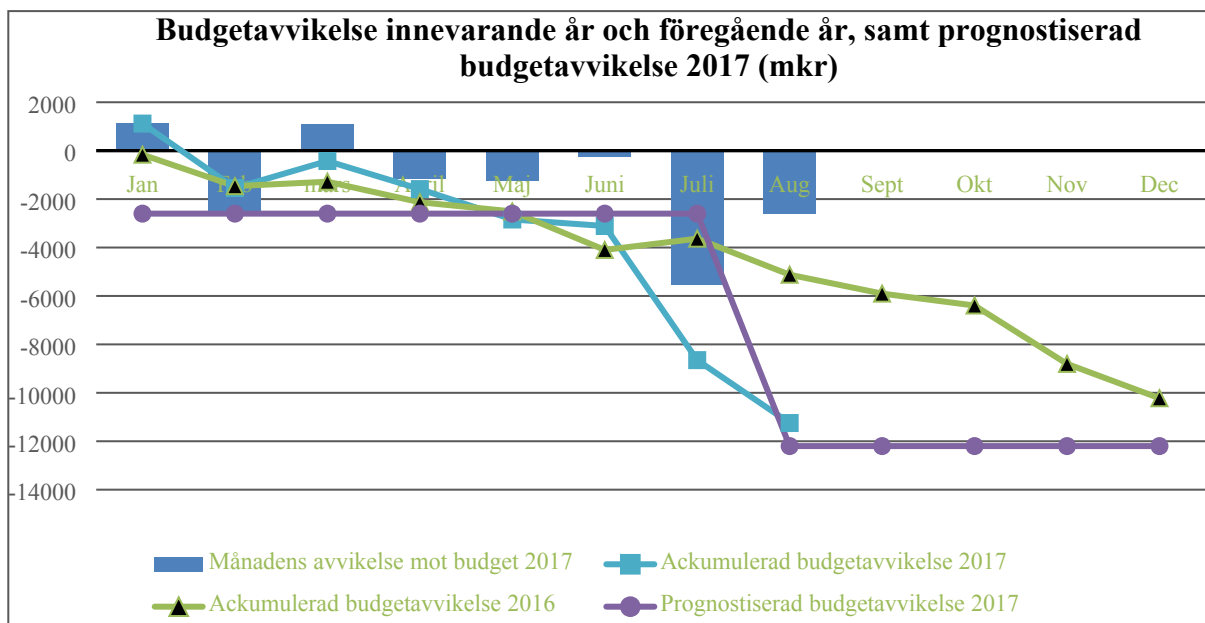
I tertialrapporten presenteras följande diagram över den ekonomiska utvecklingen.



Som mål har satts att verksamhetens nettokostnadsutveckling skall minska med två procent 2017. Under årets första åtta månader har dock nettokostnaderna ökat med 10,2 procent.

3.8.2 Vuxenpsykiatri

Resultat och prognos per augusti 2017 för vuxenpsykiatri framgår i nedanstående diagram.



Området prognostiserar ett underskott om -12,2 mkr. Stora budgetavvikelser är bland annat riks- och regionvårdskostnader för rättspsykiatrisk vård och inhyrd personal.

Kostnaderna för bemanningsföretag för perioden januari till augusti 2017 beskrivs nedan. Prognosen för helåret är 15 miljoner kronor.

Kostnad bemanningsföretag (miljoner kronor)	Jan-aug 2016	Jan-aug 2017	Förändring (mkr)
Kto 5551 Övrig personal	-0,6	-0,7	-0,3
Kto 5552 Läkare	-8,9	-9,9	-1,0
Kto 5553 Sjuksköterskor	-0,3	-0,7	-0,4
Totalt	-9,9	-11,2	-1,3

Nettokostnadsutvecklingen i vuxenpsykiatrin under årets åtta första månader 2017 var 7,7 procent att jämföra med målet om en minskning med 2 procent. Främsta orsaken är ökade personalkostnader.

3.9 Demografi och folkhälsa

I flera rapporter visas att stora delar av Sverige är på väg att få en kraftig demografisk förändring. Detta genom att befolkningen snabbt åldras på grund av att de unga under flera decennier flyttat till storstadsområdena. I Jämtlands län har åldersgruppen 20 - 64 år minskat under de senaste fem åren. Minskningen ser ut att accelerera ytterligare de närmaste fem och tio åren. Endast Åre har en stabil utveckling av åldersgruppen. Åldersstrukturen är den största utmaningen för arbetsmarknaden i länet då drygt 83 procent av arbetsgivarna anger att de kommer att ersätta pensionsavgångarna inom fem år. Störst brist på kompetens råder dock inom den offentliga sektorn med stark koppling till vård, skola och omsorg.

Hälsoutveckling är enligt Folkhälsomyndighetens rapport över folkhälsans utveckling positiv i flera avseenden. Ett undantag är flera tecken på att psykisk ohälsa ökar. Andelen som uppger besvär av ångslan, oro eller ångest och nedsatt psykiskt välbefinnande ökar i befolkningen 16–84 år, medan dödlighet i suicid (själv mord) var oförändrad under perioden 2006–2016. Andelen skolelever i åldrarna 11, 13 och 15 som uppger att de har frekventa psykiska eller somatiska besvär var 25, 36 respektive 44 procent 2013/14⁷.

Under perioden 2013 - 2016 var det 16 procent bland kvinnorna och 8 procent bland männen i Jämtland Härjedalen som i folkhälsoenkäten uppgav att de hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Siffrorna ligger i paritet exempelvis med Västerbottens.⁸ Över åren har det skett en ökning av antalet personer som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande i Jämtland Härjedalen. Det är dock en utveckling som regionen delar med landet som helhet.

4 Jämförelser mellan Region Jämtland Härjedalen och riket

Uppdrag Psykisk Hälsa inom Sveriges Kommuner och Landsting har sedan 2008 genomfört kartläggningar av psykiatrisk specialistvård omfattande vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin samt rättspsykiatrin. Kartläggningarna omfattar bland annat landstingens resurser för öppenvård och heldygnsvård i form av vårdplatser, patientbesök, diagnosgrupper, personal samt kostnader. Syftet enligt Uppdrag Psykisk hälsa är att kartläggningarna ska inspirera till kunskapsutbyte och att bli en del av landstingens analyser och förbättringsarbete inom psykiatrisk specialistvård. De senast publicerade kartläggningarna avser 2016.

⁷ Folkhälsans utveckling, Årsrapport 2017, Folkhälsomyndigheten

⁸ Nedsatt psykiskt välbefinnande GHQ5, psykisk hälsa regionala resultat 2016

4.1 BUP

I kartläggning 2016 av Barn- och ungdomspsykiatri presenteras nedanstående övergripande jämförelse mellan Jämtland Härjedalen och riket som helhet (se diagram 4). Jämförelsen sker som avvikelse i procent från medianvärdena för riket⁹.

Åldersgruppen 0 – 17 år omfattar ca 25 000 personer i regionen.

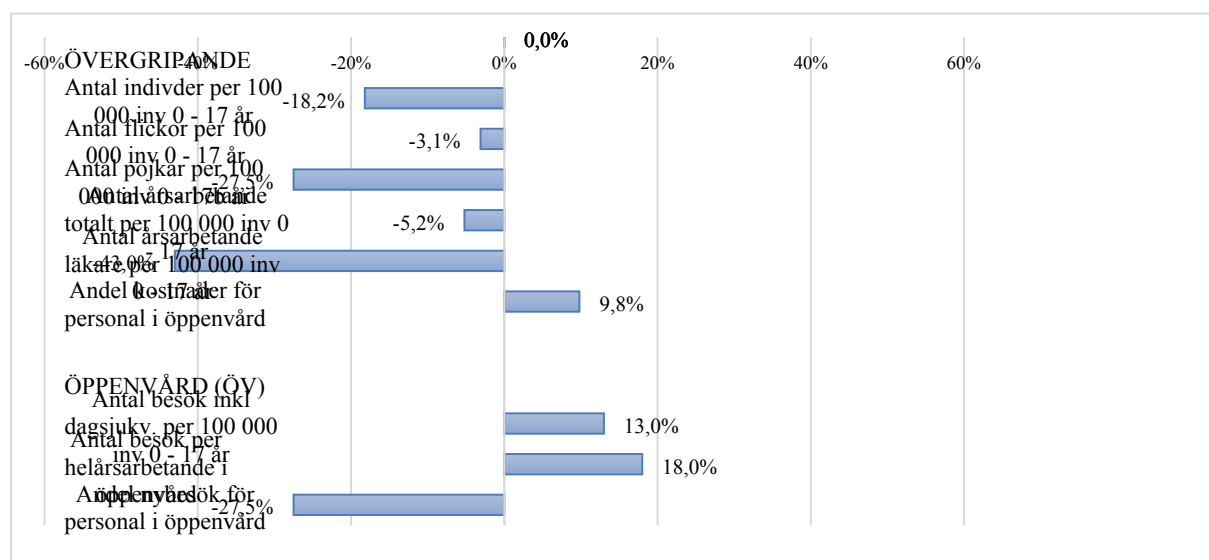
Av jämförelsen framgår att RJH har en lägre personaltäthet i förhållande till antalet personer 0 – 17 år i regionen än övriga landet. Avseende samtliga årsarbetande i BUP är differensen drygt 5 procent. Antalet läkare i den berörda verksamheten är 43 procent lägre än i landet som helhet.

Av jämförelserna framgår bland annat vidare i jämförelse med medianen för hela landet att

- BUP i Jämtland Härjedalen 2016 lägger en högre andel av sina totala personalkostnader i öppenvård och således en mindre andel på heldygnsvård
- BUP producerar ett högre antal besök i förhållande till befolkningen
- Antalet besök per helårsarbetande i öppenvården är högre

Däremot framgår att andelen nybesök av antalet totalt antal besök är 27,5 procent lägre än i riket.

Diagram 4, Nyckeltal 2016 - Barn- och ungdomspsykiatri Region Jämtland Härjedalen,
(% - avvikelse från medianvärdet för riket¹⁰)



I kartläggningen finns även vissa kostnadsuppgifter:

- Personalkostnaden i RJH anges vara 1 138 kr per invånare 0 – 17 år. Det är lägst bland Norrlandslänen. Gävleborg redovisar till exempel 1 298 kr.
- Kostnaden per patient (avser personalkostnader och kostnader för köpt vård) i RJH är 21 914 kr. Motsvarande kostnad i Gävleborg är 18 839 kr, men i Västernorrland hela 30 231 kr.

Av produktionen framgår att antalet nybesök per 1 000 invånare är lågt (18 st) i ett riksperspektiv, men högre än exempelvis Västerbotten (15 st). Siffran för Gävleborg är 23 st.

Samtidigt framkommer att produktiviteten per anställd är hög vid en extern jämförelse med övriga Norrland. Siffran är 313 besök per helårsarbetande. Gävleborg har 243 besök och Västerbotten 208 besök per helårsarbetande 2016.

⁹ Statistiken för RJH har inrapporterats från regionens BUP.

¹⁰ Kartläggning 2016. Barn- och ungdomspsykiatri. Uppdrag Psykisk Hälsa. SKL. Maj 2017

I RJH disponerar BUP inga egna heldygnsplatser. Jämförande statistik saknas därför, annat än att det totala antalet arbetade timmar i RJH fördelar sig mellan 88 procent i öppenvården och 12 procent i heldygnsvården.

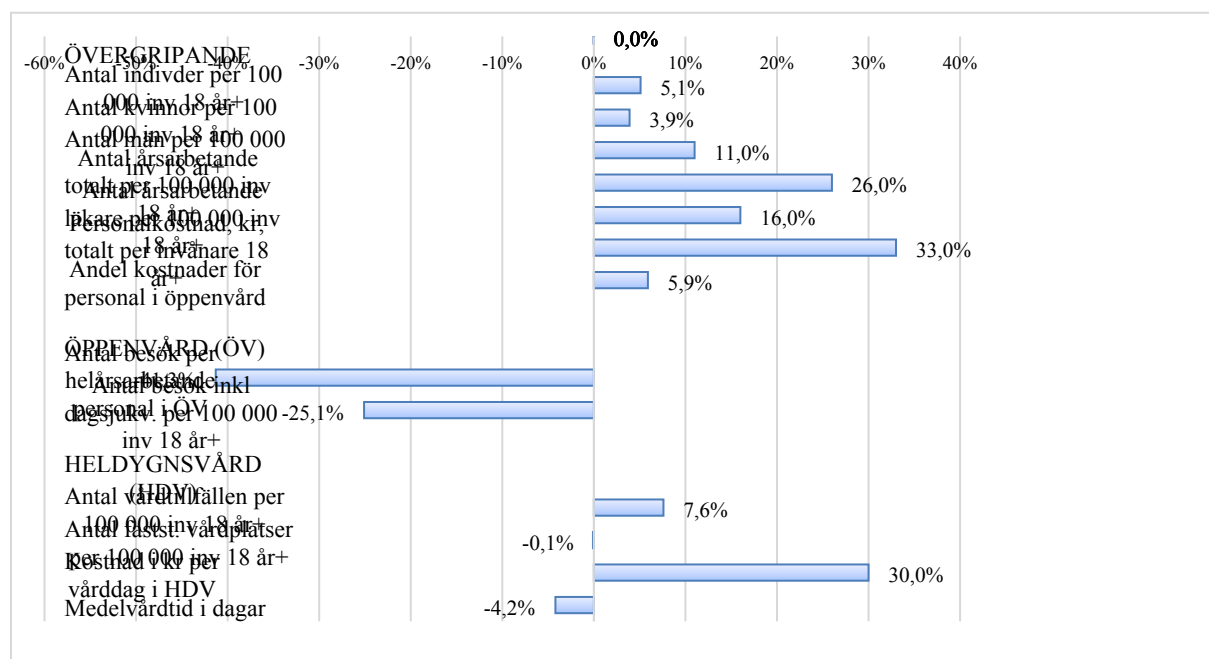
Sammanfattning extern jämförelse BUP

I en extern jämförelse är kostnaderna för BUP i RJH lägre än genomsnittet för landet. Antalet anställda, särskilt på läkarsidan är lågt. Produktiviteten i öppenvården per anställd är däremot hög vid en jämförelse med övriga län nationellt och norrlandslänen. Nybesöken är samtidigt jämförelsevis få vilket indikerar att de befintliga patienterna erhåller mer omfattande insatser i form av utredningar och/eller behandlingar än vad som sker i flertalet övriga län i landet.

4.2 Vuxenpsykiatri

Jämförelsen av övergripande uppgifter om vuxenpsykiatri i den nationella kartläggningen redovisas nedan (se diagram 5). Åldersgruppen 18 år och äldre omfattar ca 103 000 personer i Jämtland Härjedalen.

Diagram 5, Nyckeltal 2016 - Vuxenpsykiatri Region Jämtland Härjedalen,
(% - avvikelse från medianvärdet för riket¹¹)¹²



Av siffrorna som har rapporterats av vuxenpsykiatri i RJH framgår att regionen avviker från riksgenomsnittet på ett flertal punkter.

I diagrammet framgår att antalet unika patienter i förhållande till befolkningens mängd är 5,1 procent högre än genomsnittet för riket. Antal årsarbetande inom specialistpsykiatri (barn och vuxna) är högre i RJH än i landet i övrigt. Produktion och kostnader kommenteras nedan.

Personaltäthet

RJH har fler årsarbetande än riksgenomsnittet i förhållande till den vuxna befolkningen. Enligt den nationella kartläggningen är antal årsarbetande 26 procent fler än medianen för riket. Antalet läkare är 16 procent fler. I Norrland är det endast Västerbotten som har en högre personaltäthet, medan

¹¹ Kartläggning 2016. Vuxenpsykiatri. Uppdrag Psykisk Hälsa. SKL. Maj 2017

¹² I diagrammet avser begreppet individ en unik patient.

exempelvis Gävleborg har 34 procent färre årsarbetande i förhållande till befolkningens mängd än Jämtland Härjedalen. Regionen har även fler psykologer och sjuksköterskor än många andra län relativt befolkningsstorleken.

RJH har färre årsarbetande chefer i vuxenpsykiatri än övriga norrlandslän, undantaget Gävleborg som har 43 procent färre chefer än RJH i förhållande till befolkningens storlek.

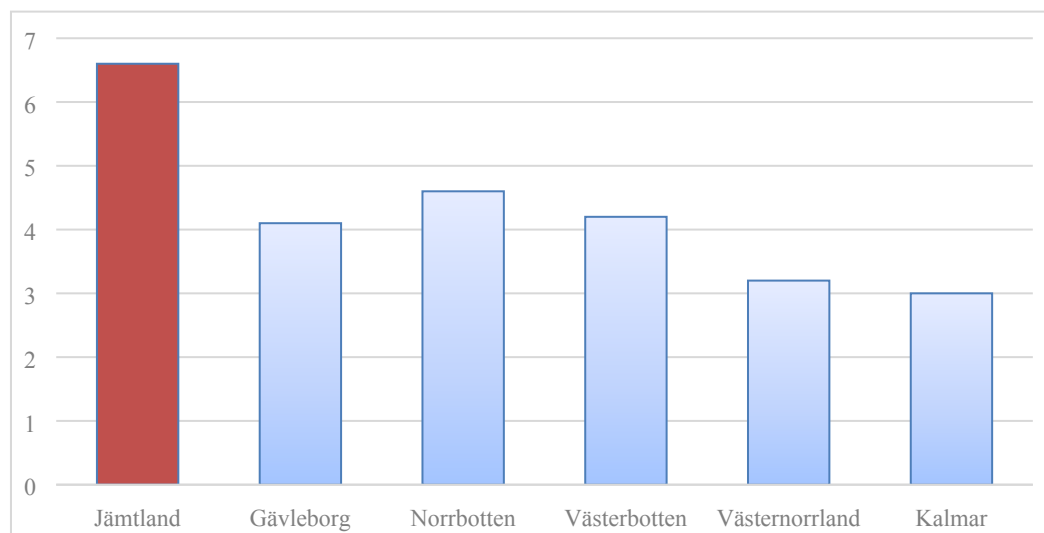
Produktion öppenvård

I diagram 5 framgår att RJH har avsevärt färre besök, både mätt per årsarbetande och i relation till antalet vuxna individer. Statistiken indikerar att produktionen av besök per årsarbetande är drygt 40 procent lägre än medianen för landet.

Av sifferuppgifterna i den nationella kartläggningen framgår att produktionen per årsarbetande är mer än 50 procent lägre än i samtliga norrlandslän med undantag för Norrbotten som har ca 40 procent fler besök per årsarbetande än RJH. Det finns även län, exempelvis Kalmar län, som har mer än dubbelt så många besök per årsanställd jämfört med RJH.

Statistiken visar vidare att vuxenpsykiatri i RJH avsätter avsevärt *fler timmar per besök* än flertalet län i Sverige. I diagram 6 nedan görs av jämförelse mellan norrlandslänen jämte Kalmar län.

Diagram 6, Antal arbetade timmar i öppenvården per besök. Region Jämtland Härjedalen och ett urval län¹³ (Chefer och sekreterare är exkluderade).



Heldygnsvård

I diagram 5 ovan framgår att antalet *fastställda vårdplatser* i Jämtland Härjedalen, vilka 2016 var 33¹⁴, ligger nära medianen för riket. Det framgår även att antalet vårdtillfällen per capita är knappt 8 procent fler i riket än i RJH. Den från RJH till SKL rapporterade medelvårdtiden var 10 dagar 2016, vilket är något kortare än snittet för riket. (Egna analyser har dock indikerat att *medelvårdtiden* rensat från ett fåtal långliggare snarare är 12 -13,5 dagar¹⁵ under innevarande år eller ca 6 - 8 procent längre än medianen för riket.)

Vid jämförelser med enskilda övriga län i landet visar det sig att RJH har avsevärt *fler vård dagar* för den vuxna befolkningen än län som Blekinge, Gävleborg, Kronoberg och Norrbotten. Gävleborg har till exempel 20 procent färre vård dagar för kvinnor utslaget på den kvinnliga befolkningen och 30 procent färre vård dagar för män. Fler vård dagar i förhållande både till den kvinnliga och manliga

¹³ Kartläggning 2016. Vuxenpsykiatri. Uppdrag Psykisk Hälsa. SKL. Maj 2017

¹⁴ Antalet disponibla vårdplatser som uppgivits till den nationella kartläggningen var 37.

¹⁵ Olika siffror förekommer i regionens underlag.

befolkningen har dock bland annat Västerbotten och Västernorrland. Västerbotten har 24 procent fler vård dagar bland kvinnor och 6 procent fler bland män.

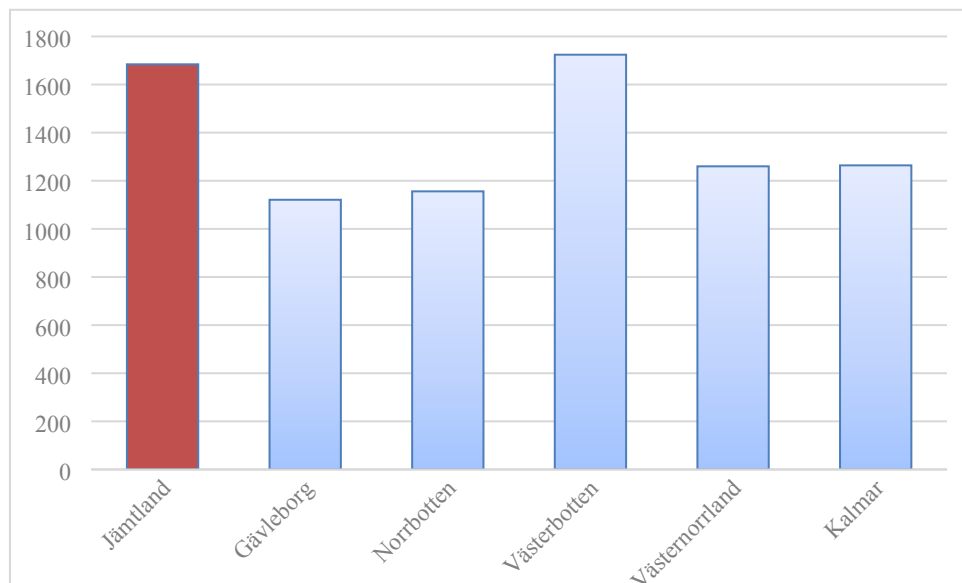
Kostnader

Den nationella jämförelsen i diagram 5 visar att RJH i högre grad än riket i genomsnitt lyckats föra över vuxenpsykiatrin från heldygnsvård till *öppna vårdformer*. Diagrammet visar samtidigt att den totala *personalkostnaden* i RJH:s vuxenpsykiatri är 33 procent högre i förhållande till befolkningens mängden än medianen för riket.

Även *kostnaden per vård dag* i heldygnsvården såsom den redovisas i den nationella kartläggningen uppvisar en kostnadsnackdel för RJH i motsvarande omfattning. Kostnaden per vård dag är 30 procent högre än i riksmedianen. Även *personalkostnaden per vård tillfälle* är relativt hög. Den är något lägre än i exempelvis Kronoberg och Gävleborg, men cirka tio procent högre än i Kalmar och Västerbotten

Den *totala personalkostnaden* för vuxenpsykiatri per vuxen invånare fördelas enligt nedanstående diagram (diagram 7) för ett urval län.

Diagram 7, Personalkostnad i kronor per invånare 18 år+. Region Jämtland Härjedalen och ett urval län¹⁶

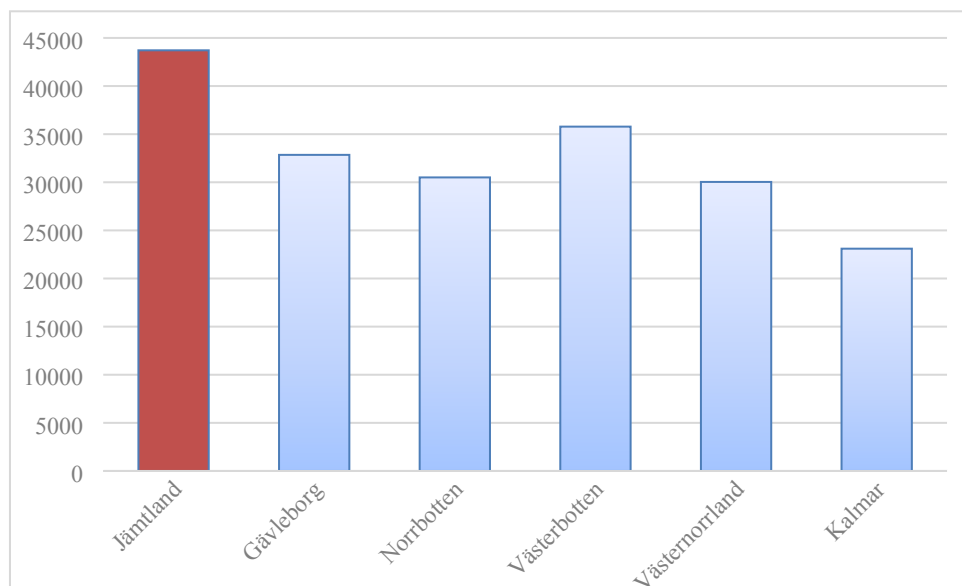


Såsom framgår har Västerbotten en något högre kostnadsnivå sett i relation till befolkningens mängden. Gävleborg däremot har en kostnadsnivå som är 33 procent lägre än RJH.

Kostnaden per patient uppvisar följande mönster (se diagram 8).

¹⁶ Kartläggning 2016. Vuxenpsykiatri. Uppdrag Psykisk Hälsa. SKL. Maj 2017

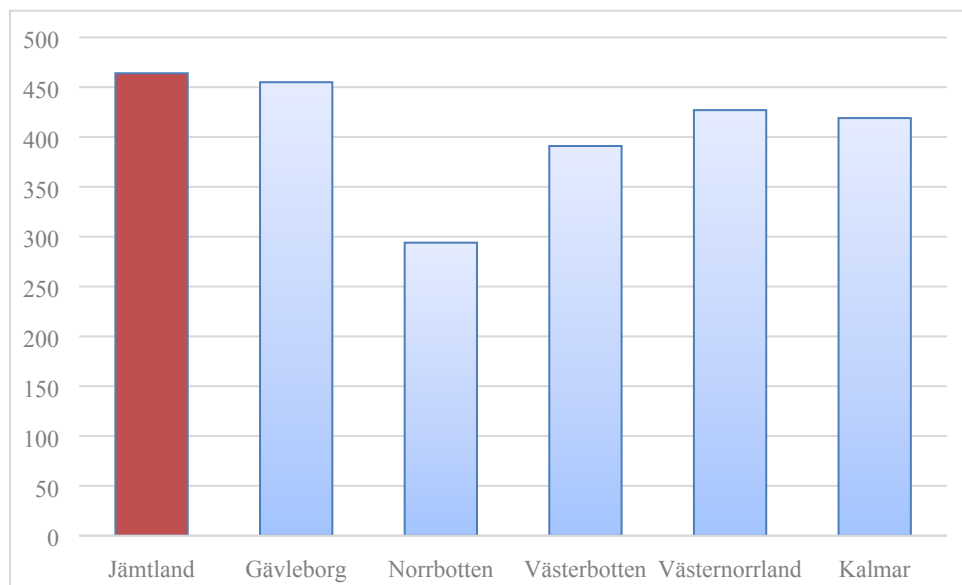
Diagram 8, Kostnad (personalkostnad och kostnad för köpt vård) kronor per patient. Region Jämtland Härjedalen och ett urval län¹⁷



Kostnaden per patient i RJH är, enligt de siffror som redovisas i den nationella kartläggningen, 25 procent högre än i Gävleborg och 47 procent högre än i Kalmar län.

I den nationella kartläggningen framgår även *kostnad per arbetad timme*. Nedan görs en jämförelse mellan RJH och vissa andra län (se diagram 9).

Diagram 9, Kostnad (personalkostnad och kostnad för köpt vård) kronor per arbetad timme. Region Jämtland Härjedalen och ett urval län¹⁸



Såsom tidigare har framgått spenderar vuxenpsykiatri i RJH fler timmar per besök än flertalet övriga län. Vid denna kostnadsjämförelse avseende arbetade timmar blir därför skillnaderna mellan Jämtland Härjedalen och övriga län mindre påfallande.

Av de län som ingår i diagram 9 är RJH fortfarande dyrast. Skillnaden mellan Gävleborg och RJH är endast två procent, eller nio kronor. Dessa nio kronor motsvarar på årsbasis 3,6 Mkr. Skillnaden

¹⁷ Kartläggning 2016. Vuxenpsykiatri. Uppdrag Psykisk Hälsa. SKL. Maj 2017

¹⁸ Kartläggning 2016. Vuxenpsykiatri. Uppdrag Psykisk Hälsa. SKL. Maj 2017

gentemot Kalmar är 10 procent eller 45 kronor per timme. Denna skillnad motsvarar en årskostnad om 18,2 Mkr.

Ovanstående analys av den nationella kartläggningens kostnadsdata omfattar vuxenpsykiatrin som helhet.

4.3 Första linjens psykiatri

Psykiatriska diagnoser är enligt Försäkringskassan sedan 2014 den vanligaste sjukskrivningsorsaken¹⁹. Det finns även uppgifter om att var tredje patient i väntrummet på en svensk vårdcentral har psykisk ohälsa av något slag. Det är en vanligt förekommande kritik i landet från specialistpsykiatrins sida att primärvården inte fullt ut förmår möta med psykisk ohälsa även vid enklare sjukdomstillstånd. Resultatet är därför i många delar av landet att specialistpsykiatrin belastas med uppgifter som borde ha ombesörjts vid vårdcentralerna.

I samtliga landsting/regioner i Sverige ingår någon form av psykosociala insatser i vårdcentralernas grunduppdrag. Däremot finns stora variationer i hur uppdraget är formulerat. Dessa variationer handlar till exempel om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning rörande bland annat psykosociala insatser. Några landsting har dessutom egna vårdval för rehabilitering eller psykosociala insatser, samtidigt som rehabilitering och psykosociala insatser ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i någon form. Omkring hälften av landstingen skriver att missbruk- och beroende-problematik ingår i vårdcentralernas åtagande. I tre landsting, varav Region Jämtland Härjedalen är ett, omfattar uppdraget endast psykosociala insatser för vuxna från 18 års ålder. I ett landsting omfattar uppdraget endast insatser för vuxna och unga vuxna från 16 år²⁰.

Det varierar även vilka krav landstingen ställer på personalens kompetens. Det är vanligast att landstingen ställer krav på kompetens motsvarande grundläggande psykoterapiutbildning steg 1 och kompetens i kognitiv beteendeterapi. Två landsting ställer mer generella krav på kompetens inom det psykosociala området, till exempel att vårdcentralerna "ska ha kompetens och resurser för att kunna behandla patienter med psykisk ohälsa". Övriga landsting ställer mer allmänna krav på kompetens och har inte uttalat specifika krav på kompetens inom det psykosociala området²¹.

Nationella jämförelser saknas

För närvarande saknas nationella jämförelser över vilka insatser och resurser som används inom den psykosociala verksamheten inom primärvården.

SKL:s projekt "Uppdrag Psykisk Hälsa" understryker dock att ett gott samarbete mellan primärvården och psykiatrin är nödvändigt för att personer med psykisk ohälsa ska få insatser utifrån behov istället för utifrån organisatoriska gränser. Sedan 2016 drivs ett projekt som syftar att öka kunskaperna inom området. Under 2017 genomförde Uppdrag Psykisk Hälsa på uppdrag av Nätverket för styrning och ledning av psykiatrin en översikt av de skriftliga riktlinjer som finns. Analysen av kartläggningen har bland annat resulterat i fem områden som har utsetts till särskilt prioriterade att arbeta med och förbättra²²:

1. Psykosociala team - Psykosociala team är ett sätt att snabbt kunna erbjuda patienter kvalificerade insatser.
2. Förebyggande arbete och smarta samarbeten för att minska sjukskrivningarna
3. E-hälsa, internetbehandling och självhjälp

¹⁹ https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275d4fe6ad/korta_analys_2016_2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=

²⁰ Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Socialstyrelsen, februari 2016, artikelnummer 2016-3-2

²¹ Dito

²² Primärvårdens roll för psykisk hälsa. Uppdrag Psykisk Hälsa

4. Samarbetet mellan primärvård och psykiatri - För att kunna ge patienter snabb och effektiv behandling som vilar på de senaste kunskaperna behöver primärvården och psykiatrin ha bra samarbetsmodeller.
5. Arbetet med asylsökande och nyanlända

Gustavsbergs vårdcentral – forskningsinriktad satsning på första linjens psykiatri

Gustavsbergs vårdcentral har utsetts till kompetenscentrum för psykisk ohälsa i primärvården inom Stockholms läns landsting. Uppdraget innebär att vara mönsterbildande för hur evidensbaserad vård av psykisk ohälsa kan bedrivas inom primärvården och att bidra med kunskap om detta till de övriga 210 vårdcentralerna i länet. Vårdcentralen i Gustavsberg som är lokaliserad till Värmdö kommun har totalt 130 anställda och 33 000 listade patienter. Det gör den till en av Sveriges största vårdcentraler.

På vårdcentralen samarbetar läkare och psykologer på nya sätt, både för att ställa rätt diagnos och ge den behandling som är bäst enligt forskningen. Förutom läkare arbetar här tolv psykologer, en psykiater och andra yrkesgrupper. Här pågår dessutom ett antal forsknings- och utbildningsprojekt om psykisk hälsa²³.

Exempel på pågående forskning och utvecklingsprojekt:

- Internetbehandling vid stress och utmattningssyndrom
- Kognitiv beteendeterapi för återgång i arbete för sjukskrivna primärvårdspatienter med psykisk ohälsa.
- Självhjälpsbehandling och konventionell behandling med kognitiv beteendeterapi
- Inflammatoriska markörer och kognitiv beteendeterapi.
- Internetbehandling vid hälsoångest.

Exempel på utbildningar är följande:

- Kurs i grunder i psykiatrisk diagnostik, översikt av evidensbaserade behandlingar, introduktion till diagnosverktyg samt suicidbedömning.
- Suicidriskbedömning
- Utbildning sjuksköterskor och distriktssköterskor i specifik omvårdnad vid depression
- Teamutbildning för vårdcentraler
- Kortare grundutbildning riktad till verksamhetschefer med aktuell evidens kring förstämningssyndrom, metoder för diagnostik och bedömning av suicidrisk.

5 Analys - Etablering av en ny styrmodell för psykiatrin

5.1 Sammanfattande problembild

Med utgångspunkt från den redovisning av nuläget som presenterats ovan vill vi belysa några faktorer som är avgörande att hantera för att skapa en mer uthållig och robust psykiatri:

BUP

- Långa utrednings- och behandlingstider inom BUP minskar möjligheten att ta emot nybesök.

Vuxenpsykiatri

- Verksamheten har en relativt långt driven subspecialisering. Parallellt finns tendenser till en viss "självständighetskultur", vilket sammantaget kan motverka en smidig arbetsfördelning mellan olika kompetenser.
- Möjligheter till att utveckla "bästa arbetsmodell" begränsas av solitära arbetsprocesser och

²³ <http://psykiatri.sll.se/aktuellt/gustavsberg-satsar-pa-psykisk-halsa/>

att olika patientbehandlingsprocesser och vårdplaner många gånger inte är dokumenterade.

- Brist på samverkan mellan olika vårdverksamheter existerar.
- Höga personalkostnader kombineras med få besök per anställd. Det innebär att RJH:s vuxenpsykiatri har låg produktivitet.
- Oklara in- och utskrivningsprocesser i slutenvården som leder till förlängda vårdtider. Enligt genomförda intervjuer finns ett antal policydokument om utskrivning etc. men dessa följs inte alltid. Rondarbetet sköts olika på olika avdelningar. Det finns, enligt uppgift, exempel på att läkarna gör ronder endast en gång i veckan. Det kan leda till längre vårdtider och mer komplicerade utskrivningsprocesser. Intervjupersonerna framför att in- och utskrivning inte följer de effektivaste processerna, vilket också medför förlängda vårdtider.
- Långt driven subspecialisering vilket försvårar fördelningen av remisser inom verksamheten. Mottagande enheter upplever att många remisser som skickas till dem inte är adekvata för dem. Det medför att patienter och remisser skickas till andra enheter. Det resulterar mindre effektivitet och längre väntetider för patienterna.
- Oklara ansvarsgränser i förhållande till vårdgrannarna försvårar patientprocesserna.
- Dålig följsamhet avseende de mål som är uppsatta enligt Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och region Jämtland Härjedalen, av den 4 april 2017.
- Det upplevs att bristen på tillgång till fasta specialistkompetenta läkarresurser ibland orsakar onödiga återbesök och omtag vilket förlänger patientprocessen. Den svaga tillgängligheten, uppges av intervjuade, leda till att patienter gör "återbesök" vid akutmottagningen, exempelvis för att få sina recept förnyade. Remitterter och hyrläkare med bristande kunskap om tillgång och utbud av psykiatrisk vård i regionen utfärdar ibland remisser som inte kan tas om hand. Det förekommer också att remisser kommer för handläggning av relativt enkel förstalinjens psykiatri, t ex depressioner där inte SSRI-preparat prövats innan patienten remitteras till den specialiserade psykiatrin. Sjuksköterskor vid olika verksamheter inom psykiatrin väljer ibland att inte genomföra åtgärder enligt delegeringsbeslut, till exempel för att underlätta justering av läkemedel för enskilda patienter.

Extern jämförelse – sammanfattning

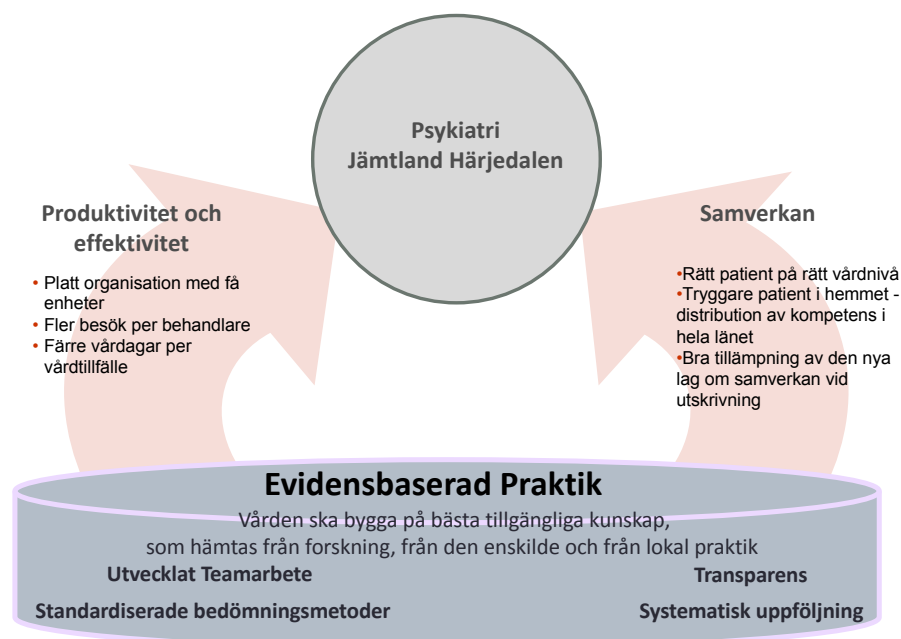
- Antal årsarbetande (inklusive inhyrd personal) inom vuxenpsykiatrin i RJH är totalt 26 procent högre än riksmedianen i förhållande till befolkningens mängd. För läkarna är siffran 16 procent
- Produktionen inom öppenvården är låg inom RJH jämfört med riket
 - Få besök genomförs per personal, läkare och dag. Exempelvis i Kalmar län görs dubbelt så många besök per helårsarbetande i öppenvården.
 - Besök (utredningar/behandlingarna) tar mellan 25 till 50 procent längre tid jämfört med ett urval andra landsting/regioner i landet.
- Produktion av heldygnsvård är relativt hög inom RJH
 - Antalet vårdtillfällen i relation till befolkningen är den samma som i Kalmar som dock har 28 procent lägre kostnad per vårdtillfälle med samma medelvårdtid som RJH (tio dagar).
- Kostnadsnivån hög
 - Personalkostnaden 33 procent högre än medianen för riket
 - Om vården bedrevs på samma kostnadsnivå som i Kalmar motsvarar det en kostnadsminskning med 40 Mkr. Samtidigt skulle oförändrat antal vårdtillfällen i heldygnsvården produceras och 50 procent fler öppenvårdsbesök tillkomma.
 - Kostnaden per vårdtag i heldygnsvården är 28 procent lägre i Kalmar län än i RJH. Skillnaden motsvarade ca 17 Mkr för år 2016.

Ett återkommande ämne under kartläggningsfasen har varit bristen på relevanta, tydliga och ändamålsenliga statistikunderlag. Mycket tid har under utredningen ägnats åt att försöka fånga rätt statistik som har skiftat beroende på vem och var man har hämtat uppgifterna. Det kvarstår fortfarande en viss osäkerhet i siffermaterialet men utredarna anser att de är tillräckliga för att dra de slutsatser som redovisas i denna rapport. En viktig orsak till detta problem är som också framkommit tydligt i intervjuerna en upplevelse av brist på stringent styrning och ledning.

5.2 Strategier för utveckling av psykiatri i Region Jämtland Härjedalen

Nedan följer ett antal viktiga utgångspunkter som vi anser är av betydelse för att en långsiktigt hållbar organisation ska kunna etableras inom område psykiatri som kan illustreras av följande bild:

Nödvändig utveckling av Psykiatri i Jämtland Härjedalen



5.2.1 Kunskapsstyrning – evidensbaserad praktik

Ett omfattande arbete har bedrivits under många år både nationellt och lokalt för att utveckla kunskapsstyrningen inom svensk hälso- och sjukvård. SKL har beslutat om att rekommendera landsting och regioner att delta i och stödja en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

Ett sätt att definiera begreppet kunskapsstyrning är att det är ett arbetssätt som syftar till att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom olika verksamheter samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut²⁴.

En del av kunskapsstyrningen sker nationellt och resulterar i nationella riktlinjer och vårdprogram. En annan del sker lokalt i mötet mellan vårdgivare och patient och brukar kallas för evidensbaserad praktik. Begreppet evidensbaserad praktik innebär att beslut och behandling eller insatser för patienter och brukare baseras på bästa tillgängliga kunskap (se bild).

²⁴ En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst (DS 2014:9)

Sedan 2017 kopplas kunskapsstyrningsarbetet i allt högre grad till nationella programråd. Programråden ska ta fram bästa tillgängliga kunskap i socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Inom ramen för "Uppdrag Psykisk Hälsa"²⁵ bedrivs psykisk hälsa som ett nationellt programområde inom den sammanhållna strukturen för kunskapsstyrning. Aktuellt programarbete sker för närvarande inom följande arbetsgrupper:

- ADHD
- Tidiga insatser barn och unga
- Ångest och depression
- Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd
- Självskadebeteende
- Beroende och riskbruk/missbruk

Samtliga sex sjukvårdsregioner i landet har under 2017 påbörjat processen med att etablera resurscentra inom sin region. Denna struktur 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 såväl lokalt och regionalt.

Dessa regionala resurscentra kommer aktivt stödja arbetet för psykisk hälsa inom både landsting/regioner och kommuner.

Förslag:

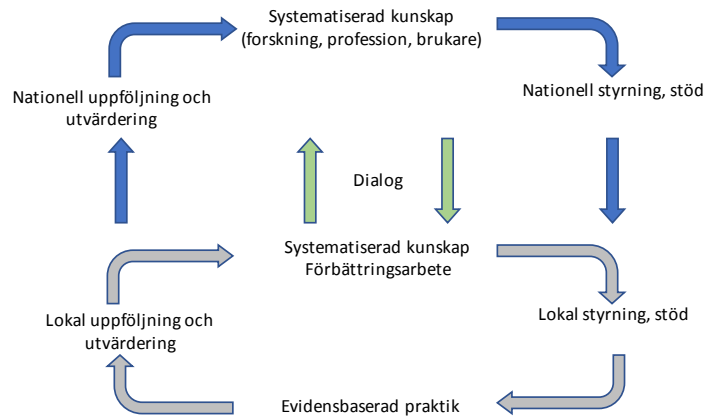
Vi föreslår att ett arbetssätt för systematiskt utvecklingsarbete etableras inom hela verksamhetsområdet. Arbetssättet bör vila på evidensbaserad grund och ha ständig utveckling av behandlingsresultat, tillgänglighet, processer och produktivitet mm som medverkar till ökad effektivitet och kvalitet inom organisationen som ledstjärna.

Några viktiga instrument är omvärldsbevakning och externa jämförelser och analys av egna processer och resultat med hjälp av kvalitetsregister och andra källor med systematisk kunskap. En vägledande plattform för evidensbaserad kunskapsutveckling bör formuleras och en prioriterad lista på angelägna och avgränsade förbättringsprojekt fastställas. Ett naturligt startområde är att identifiera säkrade metoder och rutiner för att förbättra verksamhetens produktivitet.

5.2.2 Samverkande vårdssystem

Förmågan till samverkan i komplexa verksamheter som offentlig verksamhet är alltid känslig, sårbar och många gånger svår att uppnå och kräver därför ett omfattande och målinriktat arbete som måste få ta tid.

En viktig utgångspunkt för samverkan är hur förmedling av individinsatserna görs och hur dessa anpassas så väl som möjligt till avsedd målgrupp. Om god överensstämmelse mellan individens behov och insatsernas förmedlingsform skapas, uppnås goda förutsättningar för resurseffektivitet i kombination med kvalitet och nytta för individen. Denna viktiga framgångsfaktor utgår ifrån att den



²⁵ Uppdrag Psykisk Hälsa är resultatet av överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting.

mest lämpade behandlingsnivån används och att en gemensam förståelse och förmåga finns i alla berörda organisationer för att uppnå största individnytta.

Ökad kunskap om betydelsen av alternativa förmedlingsformer som exempelvis uppsökande vård, mobil vård och e-hälsa är också mycket viktigt att utveckla och pröva. Nödvändiga samverkansformer kan ses som en utmaning att uppnå utifrån rådande arbetskulturer, organisationsstrukturer och ersättningsystem i vården i synnerhet men är absolut nödvändigt av kvalitet- och kostnadsskäl.

Det karaktäristiska för väl utvecklade samverkansformer är den välfungerande interaktionen mellan individen och de för individen viktigaste omgivande faktorerna som anhöriga, den sociala situationen mm och vårdgivarnas kunskaper och tjänster. Ett samverkanssystem måste utveckla ett samspel där individen är mer av en medaktör snarare än en passiv mottagare av tjänsterna. För att utveckla den fulla potentialen måste en individanpassning ske utifrån de varierande situationer som individen befinner sig i; exempelvis förhållanden i boendet och den sociala situationen. Samverkanssystem som fungerar väl har därmed utvecklat en hög förmåga till dynamisk anpassning och involverar individen i en högre grad än vad som kan uppnås med standardiserade insatser.

En annan viktig faktor för fungerande samverkan med hög sammanlagd effekt, är att en transparent och kontinuerlig kommunikation samt relevant information införs. Detta kan formaliseras genom etablerade och överenskomna rutiner där en samsyn och deläggande skapas. Risk för misstänksamhet om övervältrande av kostnader eller att någon aktör anser sig missgynnad minskas väsentligt med detta gemensamma deläggarskap.

I olika sammanhang av utvärderingar och effektivitetsförbättringar, är ofta nya angreppssätt av funktioner och förmedlingsformer viktiga steg för att uppnå bättre produktivitet och kvalitet. Men om dessa utförs utan att målgruppen och dess behov har analyserats, definierats och avgränsats i ett systemperspektiv kan följden bli att matchningseffekten inte uppnås lika väl och därmed kan det leda till en försämring i ett patientprocessperspektiv med kostnadsdrivande effekter även om en enskild funktion i kedjan uppnår en förbättring.

Förslag

Med hänsyn till befolkningsmängd och geografisk struktur bedömer vi det som en central faktor att stärka samverkan mellan samtliga aktörer som är involverade i arbetet med psykisk hälsa i länet. Det är angeläget att den första linjens psykiatri i högre utsträckning kan avlasta specialistpsykiatrin inom vuxenområdet, vilket bör ske genom en tydligare och mer strukturerad konsultationsfunktion från specialistpsykiatris sida. De psykosociala enheternas uppdrag bör genomföras och kommuniceras på ett enhetligt sätt.

Samverkan mellan kompetenser och enheter inom specialistpsykiatrin behöver förstärkas för ett bättre resursutnyttjande och patientanpassad vård inom vuxenpsykiatrin.

5.2.3 Produktivitet

Produktivitetsmått är viktiga för att bra lösningar ska utvecklas i hälso- och sjukvården. Detta är viktigt inte bara för patienterna utan också för ägarna och vårdproducenterna. I längden tjänar ingen aktör på att dåliga lösningar blir kvar. Ofta har dock dagens produktivitetsmått ett för stort fokus på enstaka insatser och kostnader istället för att främja lösningar som tar tillvara effekter på mer systemeffektiva nivåer.

Kvalitetsorienterade produktivitetsmått utgör en viktig drivkraft till en effektiv hälso- och sjukvård. "Ägarna" av vården, ytterst politikerna i landstingen, behöver veta att insatta resurser också genererar förväntat resultat och värde. Insatta resurser i svagt presterande enheter bör dirigeras om till bättre presterande enheter. Information som uppnås genom produktivitets-, kvalitets- och effektivitetsmått är viktig för att skapa rätt förväntningar på en organisation.

För att kunna utnyttja produktivetsmöjligheterna inom psykiatri som helhet är det nödvändigt att ändra perspektiv från endast kostnadskontroll till värdeskapande:

- *Värdeskapande för patienterna*
Om produktivetsmått kompletteras med kvalitetsaspekter på ett tydligare och patientorienterat sätt förbättras möjligheterna för att utveckla effektivare verksamheter.
- *Värdeskapande för vårdproducenterna*
För vårdproducenterna är det viktigt att få fram produktivetsmått som visar på hur man kan bedriva sin verksamhet bättre. Det blir då viktigare att mätning av produktivitet också sker utifrån en sammanhängande process (de samlade insatserna gentemot en patient) än bara varje insats för sig.
- *Värdeskapande för "ägarna" (de systemansvariga)*
För "ägarna" av hälso- och sjukvårdssystemet (landstingen och kommunerna) är det viktigt att skilja mellan olika nivåer av produktivetsmått. I deras perspektiv är ett viktigt mått på produktivitet huruvida en klinik fungerar effektivt.

Av detta följer att det finns tre viktiga utgångspunkter för att mäta produktivitet i område psykiatri:

- ⇒ Hur värde skapas i vården
- ⇒ Hur vård bäst produceras
- ⇒ I vilken nivå i vårdssystemet som vården produceras

Processorientering

Hälso- och sjukvårdssystemet i Jämtland Härjedalen måste kort sagt leverera mer vård med mindre resursåtgång. För att detta ska kunna förverkligas behövs interventioner som säkerställer välfungerande evidensbaserade vårdprocesser. Standardiserade vårdprocesser som verktyg för kvalitetsförbättring, effektivisering samt utveckling av jämlik vård har rönt allt mer uppmärksamhet de senaste åren.

Syftet med att standardisera vårdförlopp är att patienter ska erhålla en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödiga väntetider och stopp före och under processen. Detta innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider måste ses utifrån vad som är värdeskapande både ur ett patient- och ur ett produktionsperspektiv.

Det är i detta sammanhang viktigt att förstå att ordet **standard** inte innebär att samtliga patienter får en standardvård, utan att processerna kring patienten är genomtänkta och utarbetade i förväg, för att så snabbt som möjligt undvika risker och upptäcka förbättringspotentialer samt bedriva utbildning. Det innebär att standardprocesser inte ska ses som en fastställd ordning huggen i sten, utan snarare som riktlinjer som kontinuerligt måste utvärderas utifrån den enskilda patientens individuella behov. Det är viktigt att man vid utformande av vårdprocesserna tar utgångspunkt i patientens hela vårdepisod istället för att titta på varje enskild specialitet eller vårdfunktion.

Det finns dock idag en inbyggd konflikt mellan enhetsvis resursoptimering via enskilda budgetar och en flödesorienterad verksamhet där det ekonomiska förbättringsresultatet kan uppstå någon annanstans än där förbättringsinsatserna har genomförts. Detta innebär att även den ekonomiska uppföljningen måste koncentreras på producerat slutresultat.

Inom processanalys skiljer man på värdeskapande och icke värdeskapande delar av en process. Målet måste vara att minimera eller helt undvika de icke värdeskapande aktiviteterna.

Vi har i denna rapport lyft fram episoder/aktiviteter som varken ur ett patient- eller ur ett produktionsperspektiv kan anses som värdeskapande. Exempel på dessa aktiviteter är; outnyttjade produktionsresurser, långsamma aktiviteter, onödiga förflyttningar, onödiga omtag, väntan, överproduktion, onödiga processteg, felproduktion och undermåliga resultat.

Efter att dessa aktiviteter har identifierats och redovisats med underliggande orsaker till varför de uppstår, kommer vi i kapitel 6 ge förslag på hur dessa processer kan förändras så att effektivare och mer ändamålsenliga flöden tillskapas.

Förslag

En fundamental faktor framförallt för vuxenpsykiatri i RJH är att kraftigt förbättra sin produktivitet.

5.3 Styrning och ledning

Gränsdragningar av ansvar (stuprör) är produkter av den organisatoriska kulturen och sitter ofta djupt rotat. De fyller en rad olika funktioner som att avgränsa, skydda, separera, effektivisera och att utveckla olika organisatoriska intressen.

Gränsupplösningar eller förändringar är ofta nödvändiga för att skapa nya organisatoriska strukturer som tillfredsställer patienternas förändrade behov av service och effektivitet.

En ny organisatorisk struktur måste bygga på en samverkansform där både patienterna och medarbetarna är självklara medproducenter.

En bra fungerande verksamhetsstyrning är nödvändig för att en organisation ska nå goda resultat. Nya styrformer och förändringsarbete kan dock leda till oklarheter i ansvarsfördelningen, med risk för styrningsproblem, där lösningarna ofta kan bli "ad hoc betonade".

Förslag

Ett förändringsarbete behöver klargöra olika roller, ansvar och befogenheter bland såväl medarbetare som chefer samt identifiera vad som behöver åtgärdas för att erhålla ett så robust förändringsresultat som möjligt och som är hållbart över tid.

6 Förslag till ideal verksamhetsmodell

Den föreslagna organisationsmodellen bygger på att "mötet" mellan två grundläggande logiker; patientprocessen och resursoptimeringen ska bli så optimal som möjligt. Verksamheten dimensioneras och planeras efter behov och tillgängliga resurser. Chefer agerar med ansvar för att den dagliga verksamheten ska kunna bedrivas i effektiva team.

6.1 Några inledande reflektioner

Utifrån den nulägesituation som har beskrivits tidigare i denna rapport avseende psykiatriverksamheterna är det viktigt att förstå att dessa problem inte på något sätt är unika, utan gemensamma med flera landsting/regioner som brottas med sina specifika problem.

För att en behandling ska bli genomförd på bästa möjliga sätt behöver vårdprocessen en noggrann planering. Planering ur ett patientperspektiv startar vid det första mottagningsmötet som ofta sker utanför specialistpsykiatri och det är därifrån patienten bedömer hela processens effektivitet och kvalitet.

För barn- och unga har BUP första linjens ansvar för patienterna. För vuxna ligger första linjeansvaret i primärvården. För de vuxna patienterna är det därför viktigt att primärvården får professionellt stöd från specialistpsykiatri. Ett sådant stöd underlättar ett snabbt och kvalitativt omhändertagande i patientprocessen utan onödiga väntetider så att en sömlös patientprocess åstadkoms. Ett utvecklat samspel mellan primärvård och specialistpsykiatri innebär också att kommunernas samverkan med regionens specialistpsykiatri underlättas. En god planering av patientprocesser bygger på ett utbyte av information av tjänster och resurser mellan olika enheter i hela vårdkedjan.

För att etablera ett effektivt arbetssätt med hög kvalitet krävs därför förändringar (se kapitel 7) som möjliggör bättre patientflöden, tydligare kommunikation och ansvarsgränser, koordinering av kompetens och resurser samt etablering av en lärande organisation.

6.2 Utvecklingspaket i ett tidsperspektiv

Det finns flera olika sätt att diskutera förbättringsförslag för psykiatriverksamheterna i Region Jämtland Härjedalen. I diskussionen vill vi tydliggöra att det gäller att se de styrkor som finns i dagens organisation, förstå olika kompetensers roller och sammankoppla all personal mot en mer teamdriven och processororienterad vård. De flesta gör ett gediget arbete med bred kompetens men agerar i viss utsträckning alltför isolerat. Strukturell samverkan i organiseringen av arbetet saknas i många fall liksom tydliga behandlingsformer.

6.3 Några bärande principer

Nedan följer några bärande principer som vi tror är nödvändiga för att föreslagna åtgärder ska skapa en bestående förändring som är nödvändig för att utsatta mål ska nås.

- Patientcentrering
- Samhörighet; nödvändigt att dela en gemensam målbild
- Specialistpsykiatri såväl för barn som vuxna liksom de psykosociala enheterna och andra närliggande verksamheter i öppenvården bör optimeras utifrån ett gemensamt systemperspektiv
- Tydlig och konsekvent ledning, tydligt uppdrag
- Incitament som styr mot helhet

6.4 Tretton nödvändiga förändringar som måste genomföras

6.4.1 Samordna patienter mellan vårdformerna BUP, BUH och vuxenpsykiatri

Det tillämpas olika åldersgränser inom BUP, ungdomsmottagningarna, vuxenpsykiatri och habiliteringen. Detta kan leda till oklarheter om vart unga patienter ska vända sig med sina problem. I sämsta fall hamnar patienter ”mellan stolarna” och får inte adekvat hjälp och stöd eller får vänta länge innan man finner rätt vårdnivå. Läkare i de olika verksamheterna bör i ökad utsträckning ta aktiv del i överföringsfasen av patienterna. Ungdomar bör aldrig lämnas över utan tydlig ansvarsfördelning vid mottagande verksamhet.

6.4.2 Förbättrad tillgänglighet inom BUP

Tydliga vårdplaner bör upprättas inför varje behandling. Behandlingstiderna bör kontinuerligt utvärderas. Vård- och behandlingstiderna bör kompletteras med tydliga avslut med återkommande uppföljningar av patienterna. Slutenvårdsplatserna som Regionstyrelsen beslutat om bör inrättas snarast. Distansoberoende behandlingsmetoder bör utvecklas vidare och användas i ökad utsträckning.

Arbetet med ökad tillgänglighet för nybesök bör fortsätta. Samverkan med andra parter i vårdkedjan bör förstärkas, kring konsultation och förebyggande insatser i samverkan med kommun och ungdomsmottagningar.

6.4.3 Kompetensskifte inom vuxenpsykiatri

Bättre arbetsfördelning med nya och tydliga ansvarsgränser mellan olika vårdprofessioner bör utvecklas. Sjuksköterskor och undersköterskor (mentalskötare) bör kunna använda sin kompetens i ökad utsträckning, till exempel för att reglera läkemedel inom ramen för fastställda intervall.

6.4.4 Utveckla remisshantering

Enligt genomförda intervjuer är hyrläkare inom både primärvården och vuxenpsykiatri ofta dåligt insatta i regionens rutiner och vårdutbud, vilket leder till att remisser skickas till specialistpsykiatri inom såväl vuxenpsykiatri som BUP i onödan. Remisshantering vid vuxenpsykiatriens akutmottagning bör bli mer flexibel och lyhörd i relation till övrig verksamhet. Mottagande enheter av remisser till den specialiserade psykiatri måste förbättra rutinerna för hur patienterna tas emot. Det får inte förekomma att patienter skickas runt i verksamheten på grund av bristande kommunikation inom specialistpsykiatri vilket uppges vara fallet särskilt inom vuxenpsykiatri.

6.4.5 Minska beroendet av hyrpersonal

Regionen bör göras oberoende av kontinuerligt inhyrd läkar- och sjuksköterskekompetens. Det kan bli verklighet om det skapas förutsättningar för den fast anställda personalen inom regionen att ta emot i genomsnitt ytterligare ett patientbesök per person och dag.

6.4.6 Åstadkom fler besök i öppenvården

Antalet behandlingar i öppenvården behöver ökas. Idag har regionen höga kostnader och låg produktivitet. Behandlande personal i vuxenpsykiatriens öppenvård måste ta emot minst en patient ytterligare per behandlare och dag. Det innebär att i genomsnitt öka antalet besök från två till tre per dag till tre till fyra patientbesök per behandlare och dag.

6.4.7 Samordna heldygnsvården

En samordning av vårdavdelningar bör genomföras så att bättre resursutnyttjande sker. Ett mål bör vara att de tre slutenvårdsavdelningarna inom vuxenpsykiatri blir två. Det kommer att kräva viss ombyggnation. In- och utskrivningsprocesserna måste förbättras för att förkorta vårdtiderna. Utskrivningsprocessen bör inledas vid inskrivningen. Patienter som skrivs ut bör kontaktas inom 72 timmar så att vården säkerställer att patienten tagits emot och getts den vård och omvårdnad som den har behov av. SIP bör användas enligt nationella föreskrifter.

6.4.8 Förbättra produktionsplanering

Produktionsplaneringen utgår från de team som skapas för patientens behov (se kapitel 7). Det är nödvändigt att de olika patientprocesserna beskrivs tydligt. Remisserna ska planeras in för handläggning direkt i teamen.

Det nya journalsystemet Cosmic har stora möjligheter att samordna tidsbokningen för läkare och annan behandlingspersonal som ska vara tillgängliga för teamarbetet runt patienten.

6.4.9 Utveckla distansberoende behandling

KBT på internet för såväl vuxna som barn och ungdomar har visat sig ge mycket goda effekter. Konsultation från psykiatri, via tillgänglig teknik vid hälsocentralerna, till vårdgrannar som till exempel primärvården bör genomföras. Även andra evidensbaserade terapiformer på distans bör användas.

6.4.10 Förbättra utskrivningsprocesserna

Utskrivningsprocessen måste påbörjas samtidigt som patienten skrivs in. Den inledande vårdplanen måste innehålla en plan för utskrivning. Fast vårdkontakt, patientlots eller case manager kan utses i samverkan med kommunen för svåra patienter som ges stöd för att få vård och omvårdnad på rätt nivå efter utskrivning. SIP bör användas enligt de nationella föreskrifterna.

6.4.11 Förstärk samverkan med primärvården

I "Rapport angående översyn av primärvårdsstrukturen i Östersunds närvårdsområde i enlighet med Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning (LUP)" från 2016 sägs bland annat:

"Att det krävs ett tydligt och avgränsat uppdrag för psykosociala enheterna (PSE). Idag finns en stor gråzon av patienter och många patienter som egentligen ska tillhöra specialiserad psykiatrisk öppenvårdsmottagning handläggs på hälsocentralerna. De blockerar tidböckerna då terapierna är årslånga". Den nya psykiatrin, i samverkan med PSE, måste tydligt definiera sitt ansvarsområde, det vill säga krympa den gråzon som finns idag så att rätt patienter handläggs inom rätt instans.

En annan viktig faktor är att de samverkansdokument som finns mellan primärvården och både BUP och den vuxenpsykiatriska vården kommuniceras till samtliga berörda. Det gäller särskilt vid introduktion av nyanställda eller inhyrd personal.

6.4.12 Förbättra styrning och ledning

Regionen bör förstärka det systematiska uppföljningsarbetet av metodutveckling. Detta genom att tillämpa riktlinjerna för hur nya vetenskapliga metoder, nationella riktlinjer och regionala vård- och behandlingsprogram kan införas och hur inaktuella kan fasas ut. Till stöd kan regionen använda det befintliga kvalitetsledningssystemet på ett mer aktivt sätt.

6.4.13 Etablera evidensbaserad praktik som grund för utvecklingsarbetet

Kvaliteten på vården som ges får inte variera mellan olika enheter eller personer. Bästa tillgängliga kunskap, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet, måste vara tillgänglig för alla vårdverksamma medarbetare. Detta medför också att medarbetarna ges möjlighet till diskussion och reflektion via erfarenhetsutbyte. Detta transparenta arbetssätt, som även inkluderar att systematiskt ta till vara patienternas erfarenheter och önskemål, leder till ökad trygghet för samtliga inblandade medarbetare och patienter.

Ett plattformsdokument för evidensbaserad praktik, tillsammans med en prioriterad lista över rutiner som behöver utvecklas, bör fastställas för psykiatriverksamheterna.

7 Ny organisationsstruktur

7.1 Vuxenpsykiatrin

Översyn av öppenvårdens organisation är initierad

Efter att avdelning 3A stängdes i maj 2015 har diskussioner förts inom verksamheten om åtgärder som är nödvändiga för att kompensera bortfallet av heldygnsvårdplatser. Fokus har satts på öppenvården och dess organisation. Ett förslag till ny organisation av öppenvården lämnades under sommaren 2017 av dåvarande verksamhetsområdeschef. Förslaget innebär att flera mindre mottagningar slås samman till större enheter med allmänpsykiatrisk inriktning. Samtidigt föreslås ett antal områdesövergripande team bildas såsom ECT, DBT, Könsidentitet och ätstörning.

Mer samlad organisation i många andra län

En genomgång av psykiatrins organisation hos andra sjukvårdshuvudmän ger vid handen att den psykiatriska verksamheten är mer koncentrerad hos dem än vad som är fallet i Jämtland Härjedalen. Exempelvis i Gävleborg finns fem geografiskt fördelade allmänpsykiatriska mottagningar. Därutöver finns i Gävle psykiatrisk jourmottagning och psykosmottagning. Heldygnsvård finns i Hudiksvall och Gävle. I bägge orterna finns en allmänpsykiatrisk avdelning och en psykosavdelning.

I Halland finns sex allmänpsykiatriska mottagningar fördelade över länet. Därutöver finns mottagning för ätstörning, beroende- och minnesmottagning/äldrepsykiatrisk mottagning. I Kalmar län finns förutom sju geografiskt spridda allmänpsykiatriska mottagningar/mobila verksamheter särskilda mottagningar för asylpsykiatri, beroendevård, psykiatrisk rehabilitering och akuta patienter. I Dalarna finns "baspsykiatriska" mottagningar på tre orter och länsgemensamma mottagningar för ätstörning, beroende och kris och trauma.

Slutsatser som kan dras i denna utredning är att det finns gott fog i nuläget för att samla verksamheten i större enheter.

Kriterier

Det mest centrala kriteriet, enligt vår bedömning, är att återupprätta förtroendet mellan de olika delarna i organisation och mellan vårdverksamheten och områdets ledning.

Centrala faktorer i övrigt är

- Effektiv och legitim ledning och styrning av verksamheten
- Läkarnas ansvar och roll för medverkan i den dagliga styrningen behöver stärkas
- Effektivt nyttjande av verksamhetens samlade resurser i den dagliga verksamheten
- Samspelet mellan professionerna utifrån patienternas behov behöver stärkas bland annat genom bättre samverkan mellan kompetenserna och vid behov bildande av multiprofessionella team kring patienten.
- Omhändertagandet av patienter med samsjuklighet bör förbättras och den interna osäkerheten om fördelning av remisser måste enligt vår mening lösas
- Inom vuxenpsykiatrien behöver sömlösa patientprocesser etableras inom specialistpsykiatrien mellan heldygnsvård och öppenvård och mellan olika specialistinsatser. Sådana processer behöver etableras även gentemot primärvården (första linjens psykiatri), psykosociala enheter, kommunerna och övriga verksamheter som möter patienter med psykisk ohälsa
- Den interna kunskapsutvecklingen och etablerande av gemensamma standards och rutiner måste uppmuntras.
- Organisationen ska underlätta produktionsplanering och andra åtgärder som medverkar till ett gott resursutnyttjande och hög produktivitet
- Organisationen bör medverka till att skapa god intern och extern transparens och baseras på relevanta nyckeltal och tillförlitlig registrering

Alternativ

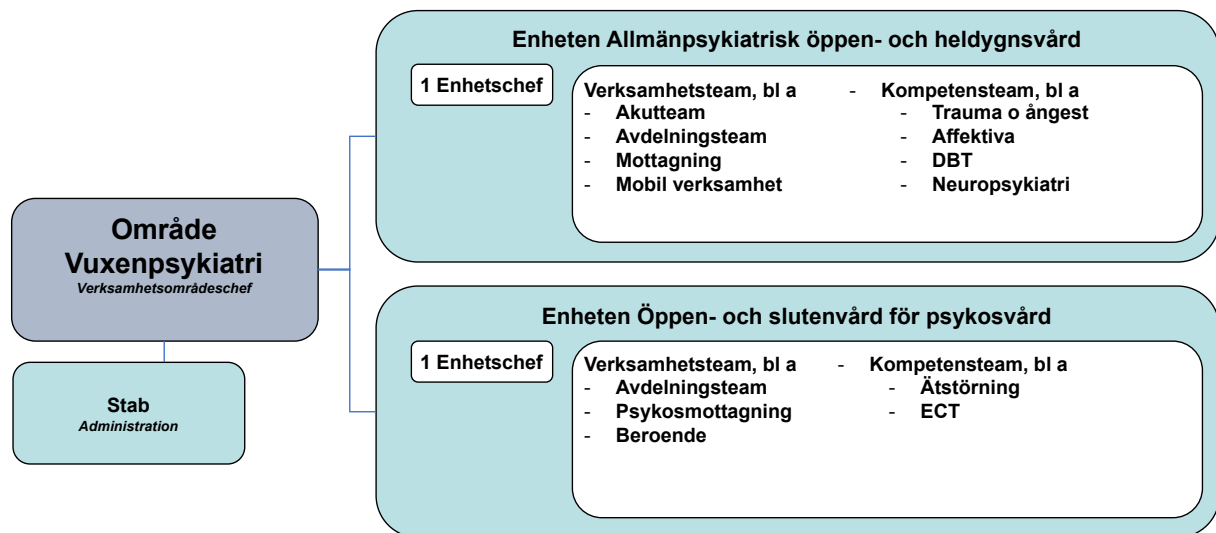
Enligt vår bedömning är förutsättningarna att lappa och laga på nuvarande organisation begränsade. Verksamhetens ledning och medarbetare bör uppdras att utforma en organisationslösning som tar sikte på att vara hållbar under en rimlig tid framöver.

Härvid kan, med förebilder från andra delar av landet, övervägas att samla nuvarande heldygnsvård i maximalt två avdelningar som med nuvarande förutsättningar tillsammans i ett första steg bör ha ca 30 vårdplatser inkluderande rutiner för inläggningar av barn och unga. Den ena avdelningen bör vara av allmänpsykiatrisk karaktär och vara huvudspår för akuta inläggningar. En andra avdelning bedömer vi bör vara en psykosavdelning. Till denna bör direktinläggningar av akuta och kända patienter vara möjlig.

För öppenvården kan övervägas att samla merparten av verksamheten till en gemensam allmänpsykiatrisk enhet, men som kan erbjuda särskild mottagning för exempelvis ätstörning och beroende. I en sådan bred allmänpsykiatrisk enhet kan bildas team med ansvar för att upprätthålla och förstärka verksamhetens kompetens inom de aktuella specialitets- och patientområdena.

En uppdelning mellan allmänpsykiatri och psykos i öppenvården, vilken förekommer i Gävleborg, kan vara ett intressant alternativ. Det skulle kunna ge förutsättningar för en helt ny styr- och

organisationsmodell som utgår ifrån patientprocesserna. Modellen baseras på att det bildas gemensamma enheter för heldygnsvård och öppenvård. Enhet A skulle kunna omfatta allmänpsykiatrisk avdelning och allmänpsykiatriska öppenvård. Enhet B skulle innefatta psykosavdelning och psykosöppenvård (se nedanstående principskiss, Obs! inte ett konkret förslag).



Vår bedömning är vidare att oavsett organisationsmodell bör läkarna inte organiseras i en separat enhet. Läkarna behöver ingå i de strukturer som byggs kring enheter och team och vara med att ta ett mer aktivt ansvar för verksamhetens utveckling.

Det är viktigt att en modell för omorganisation och implementeringsplan fastställs. Nollbasbudget bör gälla. Beslut om nyckeltal och regler för rapportering/redovisning bör tas.

Vad gäller vuxenhabiliteringen har ett flertal intervjuade från psykiatrin framfört att vuxenhabiliteringen bör skiljas från psykiatrin. För habiliteringen är det ett problem med flera olika åldersgränser som tillämpas inom de olika verksamheterna. Vi förordar att vuxenhabiliteringen frigörs från vuxenpsykiatrin och att åldersgränserna görs enhetliga.

Vad gäller K2 Enheten för återhämtning och rehabilitering har det framgått att verksamheten leder till avlastning slutenvården bland annat genom att medverka till färre oplanerade återinläggningar vid psykosavdelningen. Verksamheten befinner sig i en gråzon mellan kommunal och landstingskommunal verksamhet. Vi förordar att verksamheten bibehålls, men att gränssnittet gentemot kommuner analyseras i syfte att åstadkomma en samfinansiering.

7.2 BUP

Vi bedömer att BUP:s organisation fungerar tillfredsställande och har inga ändringsförslag.

7.3 Första linjens psykiatri (Vuxenpsykiatri)

För att förstärka vuxenpsykiatrins närvaro i hela länet kan vissa av de psykosociala enheterna förstärkas och kompletteras med mobila team som bemannas från specialistpsykiatrin vid länssjukhuset.

8 Uppskattade kostnadsreduceringar

8.1 BUP

I utredningen har identifierats behovet av ökad tillgänglighet, vilken kan åstadkommas exempelvis genom översyn av nuvarande utrednings- och behandlingstider inom ramen för befintliga resurser. Utredningen har inte identifierat några förslag till kostnadsneddragningar avseende BUP.

8.2 Vuxenpsykiatri

I ovanstående nationella psykiatrijämförelse (se kapitel 4) framgår att RJH har en hög total kostnadsnivå jämfört med många andra län både vad gäller öppenvården och heldygnsvården. Jämförelserna visar även att Jämtland Härjedalen har en relativt låg produktivitet vilket medför att kostnaden per besök respektive per vårdtillfälle och vård dag framstår som mycket höga. Det har framkommit att det råder en osäkerhet i tillförlitligheten i registrerad och rapporterad verksamhetsstatistik. Av det skälet är det knappast möjligt att göra tydliga utsagor om vilka ekonomiska potentialer som existerar i mer detalj. Jämförelsen på aggregerad nivå (total kostnad i förhållande till befolkningens mängd) är dock oomtvistlig och det är vår bedömning att den nationella statistiken visar på tydliga tendenser som kan ligga till underlag för kostnadssänkande strategier.

Vår bedömning är att kostnadssänkningar i storleksordningen 15-20 Mkr inom vuxenpsykiatri är möjliga i ett två till treårigt perspektiv. Detta ligger i paritet med de ekonomiska ramar som formulerats för vuxenpsykiatri. Det bör även noteras att denna kostnadssänkning till stora delar motsvarar årets prognosticerade kostnader för inhyrd personal.

Vi ser således att en produktivitetsökning som teoretiskt eliminerar behovet av inhyrd personal är möjlig. (Detta synsätt ska inte förhindra en planerad användning av särskilda subspecialiteter som kan vara mer kostnadseffektiva att hyra in än att anställa själva).

Här bör även understrykas att vi inte bedömer att en högre produktivitet handlar om att personalen ska arbeta hårdare. En höjd produktivitet bör vara en frukt av enhetliga rutiner baserade på "best practice", samverkan mellan kompetenser och rätt nyttjande av kompetenser inom verksamhetsområdet samt stärkt samverkan med primärvård, kommuner med flera för effektivare och tryggare avslutning av vårdepisoder, såväl i heldygnsvården som i öppenvården. En ny organisation, en tydlig och legitim ledning och en gemensam kunskapsorientering i hela verksamheten bedömer vi vara grundförutsättningar för att verksamheten ska kunna fungera inom uppsatta ekonomiska ramar.

Besparingspotential i siffror

Besparingar torde vara möjliga genom att strukturera verksamheten i färre enheter. En del av dessa besparingar bör dock enligt vår mening användas för ett förstärkt verksamhetsstöd för uppföljning, produktionsplanering med mera. Preliminärt bedömer vi att en nettokostnadsbesparing om 2-3 MKR är möjlig.

Öppenvården kan enligt vår bedömning minska sina kostnader med 7-8 Mkr genom ökad produktivitet och därmed utfasning av hyrpersonal.

Heldygnsvården bör upprätta en plan för sammanslagningar av existerande vårdavdelningar (3B, 4A och 4B) till två avdelningar.

Det finns anledning att som helhet se över heldygnsvården och tillnyktringsverksamheten för patienter med beroende. Regionen bör sträva efter en ny gränssnittsöverenskommelse med kommunerna i vilken kostnadsfördelningen grundas på respektive huvudmans ansvar enligt lag.

Vi bedömer vidare att det behövs en fördjupad ekonomisk analys av processer (bl a effektivare utskrivningar i enlighet med den nya lagen om samverkan vid utskrivning) och kostnader.

Vår bedömning är att det finns en potential motsvarande 7-8 Mkr exklusive ombyggnadskostnader. En del av dessa besparingar utgörs av färre hyrpersonal, en annan del utgörs av utökad antal sängar per vårdavdelning och en tredje faktor evidensbaserat arbete för adekvata vårdtider.