

*Handläggare:*  
*Anita Cronholm*  
*070 7373231*

## Psykiatriöversyn

### Ärendet

Landstingsfullmäktige har i budget 2007 givit direktiv om att en översyn skall göras av den psykiatriska vården. Översynen skall omfatta psykiatrins uppdrag, organisation och kostnadsläge. Vidare skall entreprenörers medverkan samt psykiatrins eventuella behov av ytterligare utbyggnad utredas. Förvaltningen redovisar i detta tjänsteutlåtande vad översynen har kommit fram till.

Översynen har beretts i programberedningen för Psykiatri och missbruk.

### Förslag till beslut

Hälsa- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* ställa sig bakom bifogade rapport och uppdra åt förvaltningen att genomföra rapportens förslag och slutsatser
- att* ge förvaltningen i uppdrag att analysera behovet av att förenkla för vårdökande och deras anhöriga att komma rätt i vårdsystemet
- att* ge förvaltningen i uppdrag att analysera omfattningen av vårdbehov för äldre med psykiatriska sjukdomar och komma med förslag på ett målgruppsanpassat vårdutbud
- att* ge förvaltningen i uppdrag att tillsammans med KSL utarbeta en gemensam policy som grund för samarbetsformer och rutiner kring samverkan

### Förvaltningens synpunkter

#### *Bakgrund*

I dag bedrivs den psykiatriska vården vid 7 kliniker i länet. De olika klinikerna skiljer sig åt när det gäller inre struktur, inriktning och tillgänglighet. Även när det gäller den ekonomiska ersättningen finns stora skillnader. Ersättningen har tidigare fördelats utifrån behov av att täcka kostnadsökningar och att finansiera tillfälliga utvecklingssatsningar. Dessa satsningar har sedan permanentats samtidigt som de verksamheter som haft svårast att klara kostnadskontrollen har fått mest tillskott. På så vis har det

Bilagor: Delprojekt 1-Framtida inriktning och struktur på den psykiatriska vården för vuxna

efter hand skapats en ekonomisk fördelning som inte har något påtagligt samband med vårdens leveranser till medborgarna.

Under 2007 genomfördes en uppföljning av allmänpsykiatrin avseende år 2006. Den visade på stora behov av att utveckla den psykiatriska vårdens beskrivningssystem samtidigt som den pekade på att det finns ekonomiska snedfördelningar inom verksamheten.

Syftet med översynen är också att visa hur den vuxenpsykiatriska vården skall se ut i framtiden och hur nya uppdrag och nya vårdtjänster skall kunna se ut. Översynen har delats in i tre delprojekt:

1. *Inriktning och struktur* som ska föreslå den inriktning och struktur som det psykiatriska vårdutbudet ska utvecklas mot och som är anpassat till kommande krav och vårdbehov. Här ingår även att föreslå avtalsområden för 2009 lämpliga för ökad mångfald av leverantörer samt de verktyg som beställare, patienter och den psykiatriska vården bör ges i syfte att stimulera en kontinuerlig utveckling, bl a indikatorer som speglar de psykiatriska vårdbehoven.
2. *Beskrivningsmodeller* som klargör hur beskrivningarna av vården ska utvecklas i syfte att underlätta styrning, utveckling och uppföljning.
3. *Ersättning* ska beskriva hur ersättningsmodellen bör utformas och utvecklas för att ge ekonomiska incitament till ökad effektivitet.

Projektet har kontinuerligt rapporterat till Beredningen för Psykiatri som har fungerat som politisk referensgrupp. Brukarrepresentanter har också deltagit med representanter utsedda av HSO. Vidare har fokusgrupper med representanter för anhörigföreningar och brukare inbjudits vid 3 tillfällen.

### ***Delprojekt 1: Inriktning och struktur***

Översynen konstaterar att det krävs att den psykiatriska vårdens framtida inriktning utgår från patienters och uppdragsgivarnas krav och förväntningar och ta hänsyn till konstaterade brister och uppmärksammade vårdbehov. Vården uppvisar stora skillnader vilket talar för att patienter idag inte erbjuds psykiatrisk vård på lika villkor över länet.

#### *Vård på lika villkor*

För att kunna tillhandahålla vård på lika villkor krävs att vårdsystemet anpassas till patientgruppernas särskilda svårigheter som kan finnas till följd av deras sjukdom. Det finns sannolikt ouppfyllda vårdbehov på såväl primärvårds- som specialistnivå för de flesta psykiatriska diagnoser men är särskilt påtagligt när det gäller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, affektiv sjukdom och ångestsjukdom.

*Tillämpning av ett värdegrundsbaserat förhållningssätt*

Den Psykiatriska vården måste bli bättre på att tillämpa landstingets värdegrund i mötet med patienter och närstående. Patienter och närstående får inflytande och blir delaktiga i utformningen av sin vård.

*Vården är lättillgänglig och ges med minimala väntetider*

Den psykiatriska vården ska vara lättillgänglig, målgruppsanpassad och vägleda i vårdsystemet och snabbt kunna ge behandling.

*Patienter skall kunna välja vårdproducent*

Tillgängligheten ökar när patienter kan välja den vårdproducent som bäst svarar mot de behov man har. Patientens rätt till valfrihet kan i några specifika fall behöva begränsas.

*Vårdens struktur utgår från syndrombaserade vårdprocesser*

För patienterna viktiga vårdprocesser ska tillgodoses utan onödiga avbrott varken inom den psykiatriska vården eller gentemot vårdgrannar. Hänsyn skall tas till förekomsten av psykiatrisk samsjuklighet.

*Tydlig ingång och patientansvar*

Den psykiatriska vården ska garantera vårdsökande en psykiatrisk bedömning och vägledning till rätt instans i hälso- och sjukvårdssystemet, i de fall inte vårdansvaret ligger hos vårdproducenten själv. Den psykiatriska vården har ansvaret för patientens vård till dess en annan vårdinstans tar vid.

*Vården är kunskapsbaserad, redovisar resultat och är kostnadseffektiv*

Vården ska tillvarata, implementera och erbjuda patienterna effektiva och kunskapsbaserade behandlingsmetoder samt redovisa behandlingsresultat genom kvalitetsindikatorer och nyckeltal i öppna och publika redovisningar tillgängliga för befolkning, patienter och uppdragsgivare.

*Vården ges med ett målgruppsanpassat vårdutbud*

Ett differentierat utbud av vårdformer ska erbjudas när det gäller öppenvård, en lågintensiv heldygnsvård samt en mer differentierad heldygnsvård. Brister i heldygnsvården behöver åtgärdas så att kvaliteten höjs och vården ges på mindre och mer målgruppsanpassade avdelningar. Vården av psykiskt sjuka lagöverträdare skall professionellt och organisatoriskt bedrivas samlat.

*Vårdstruktur och vårdtjänster 2009*

Den lokala områdesbaserade vårdstrukturen kan enligt förvaltningens bedömning bäst tillgodose de behov som finns av:

- Uppsökande verksamhet för personer i uppenbart behov av psykiatrisk vård samt initiera beslut om tvångsåtgärder.

- En tydlig ingång till en psykiatrisk vårdproducent för vårdsökande och vårdgrannar.
- Effektiva vårdprocesser med hänsyn till komplexitet, krav på intern och extern samordning och patienters samsjuklighet.

En betydande del av heldygnsvården sker med tvång och med gällande lagstiftning är beslut eller drift av tvångsvård inte aktuell för upphandling. För enskilda patienter kan en och samma vårdepisod skifta mellan frivillig och tvångsvård vilket ställer särskilda krav på vårdtjänstens utformning.

Förutom en lokal psykiatrisk vård behöver det även i fortsättningen finnas högspecialiserade verksamheter som är länsövergripande alternativt länsdelsövergripande;

- Den rättspsykiatriska vården bör övergå till att vara en sammanhållen högspecialiserad vårdtjänst.
- Utbudet av psykiatrisk öppenvård för patienter med ångest och/eller depressionssjukdomar behöver förstärkas söder om Slussen. Denna vård skall även ske utanför den områdesbaserade psykiatrins vårdutbud.

#### *Metoder för att säkerställa önskvärd utveckling*

En positiv utveckling av den psykiatriska vården kan stimuleras genom konkurrens, förbättrade beställaruppföljningar och ett effektivt ersättningssystem. Ett ökat brukarinflytande, valfrihet samt att förbättra förutsättningarna för olika aktörer i vårdssystemet är också viktigt för att utveckla den psykiatriska vården.

#### ***Delprojekt 2: Beskrivningsmodeller***

Arbetet har varit inriktat på att föra diskussioner med Stockholms länsjukvårdsområdes (SLSO) ledning. Inriktningen på diskussionerna har varit att planera för införandet av KVÅ (kostnad per vårdåtgärd) för att åstadkomma en bättre beskrivning av vården. Samtliga verksamhetschefer inom SLSO har varit involverade i diskussionerna.

Arbetet med införandet kommer att starta under första kvartalet 2008. planerna är att 40-50 procent av verksamheterna skall vara i gång i april 2008. Ytterligare 40 procent skall vara igång i september 2008 och resterande 10 procent till årsskiftet. Det innebär att införandet kommer ske successivt under hela 2008 med målsättningen att alla är igång januari 2009. Införandet av KVÅ kommer att ske parallellt med införandet av ett nytt journalsystem inom psykiatrin.

***Delprojekt 3: Ersättning***

Delprojektet är beroende av vad som framkommer i de övriga delprojekten. Arbetet med utvecklingen av en ny beskrivnings- och ersättningsmodell för 2009 fortsätter även efter beslut om Inriktning och struktur fattats.

Inom ramen för delprojektet har en kartläggning av ersättningssystemen i landet gjorts med fokus på framför allt förändringar i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Enligt vår analys kan de modellerna summeras på följande sätt:

En ersättningsmodell i vilken prestationsersättning utgör grunden förefaller fungera väl inom psykiatrin, givet de förutsättningar som föreligger i de studerade systemen. Ersättningsmodellen bör ses som en helhet i vilken ersättning och uppdrag utgör likvärdiga delar.

En klar och genomtänk uppdragsbeskrivning är en viktig förutsättning för en väl fungerande ersättningsmodell. Uppdraget regleras genom skullkrav och målnivåer.

Få men genomtänkta kvalitetsindikatorer bör vara grund för uppföljningen av dessa skullkrav och målnivåer samt eventuella viten och/eller bonus kopplade till dessa.

Minst ett av målen bör vara mål som relaterar till samverkan. Målet bör mätas utifrån både patient- och samverkansgrannars perspektiv.

KVÅ, DRG och utveckling av övriga beskrivningssystem och deras införande i ersättningsmodellen ska vara ett långsiktigt och gemensamt uppdrag (verksamheter, beställare).

Upphandling av verksamhetsområden och närvaro av privata vårdgivare uppfattas som positivt i de studerade landstingen. Det förefaller vara ett effektivt sätt att utveckla hela psykiatrin. När förändringsarbete endast drivits inom landstingets egna verksamheter har det upplevts som långsamt och ineffektivt.

De första effekterna av den nya ersättningsmodellen för allmänpsykiatri i länet som är framtagen för 2008 kan analyseras någon gång i slutet av första kvartal 2008. Ny modell kommer att bli klar under våren 2008.

Christina Torstensson

Catharina Barkman

## **Psykiatriöversyn**

### **Delprojekt 1 – Framtida inriktning och struktur för den psykiatriska vården för vuxna**

Berit Ekedahl  
Projektledare

Sammanfattning .....	3
Förväntningar på den psykiatriska vårdens inriktning .....	3
Ändamålsenlig vårdstruktur och vårdtjänster 2009 .....	4
Metoder för att säkerställa önskvärd utveckling .....	5
Uppdrag och genomförande .....	7
Introduktion .....	9
Förekomst av psykisk sjukdom och kontakt med vården .....	13
Den psykiatriska vården är en del av ett vårdssystem .....	16
Den psykiatriska vårdens ansvar, uppdrag och vårdstruktur .....	19
Framtida förväntningar på den psykiatriska vården .....	25
Vårdbehov att särskilt beakta i beställningar och uppföljningar .....	30
Andra uppmärksammade brister .....	32
Utgångspunkter för den psykiatriska vårdens framtida struktur .....	33
Förslag till framtida vårdstruktur och avtalsområden .....	36
Alla psykiatriska vårdtjänster .....	36
Vårdtjänster kombinerat med lokalt geografiskt ansvar .....	36
Länsövergripande vårdtjänster .....	37
Förslag för att säkerställa önskvärd utveckling .....	38
Vision och inriktningsmål .....	38
Valfrihet .....	39
Brukarinflytande .....	39
Samverkan och samordning i vårdsystemen .....	39
Kunskapsbaserad beställning av psykiatrisk vård .....	40
Identifierade ersättningsfrågor att överlämnas till delprojekt 3 – ersättningssystem .....	41

## Sammanfattning

### Förväntningar på den psykiatriska vårdens inriktning

Den psykiatriska vårdens framtida inriktning utgår från patienters och uppdragsgivarnas krav och förväntningar, konstaterade brister samt uppmärksammade vårdbehov.

*Erbjuder vård på lika villkor utifrån behov.*

Vården uppvisar stora skillnader när det gäller kvalitet, utbud, profilering och tillgänglighet vilket talar för att patienter idag inte erbjuds psykiatrisk vård på lika villkor över länet som utgår från behov. Speciellt för de patientgrupper som har förhöjd dödlighet, sjuklighet i somatiska sjukdomar samt svårigheter att kommunicera, eller använda sedvanlig information om vårdutbudet krävs anpassningar i vårdsystemet. Det finns sannolikt ouppfyllda vårdbehov på såväl primärvårds- som specialistnivå för de flesta psykiatriska diagnoser men särskilt påtagligt när det gäller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, affektiv sjukdom och ångestsjukdom.

*Tillämpar ett värdegrundsbaserat förhållningssätt.*

Landstingets värdegrund tillämpas i mötet med patienter och närstående. Vården känner till och agerar utifrån de behov som minderåriga barn till patienter har och vårdgrannar är medaktörer som deltar i vårdplaneringen på jämbördiga villkor.

*Patient och närstående har inflytande på, är delaktiga och kan påverka utformningen av sin vård.*

En mer informerad allmänhet innebär en fortsatt ökad efterfrågan på psykiatriska stödinsatser utifrån aktiva vårdval, med metoder man känner till är effektiva samt med möjlighet till inflytande och kontroll över vårdens utformning.

*Vården är lätt tillgängligt och ges med minimala väntetider.*

Kraven ökar på en god och målgruppsanpassad tillgänglighet till kontakt, vägledning, geografiskt närhet och till behandling.

*Patienter kan välja vårdproducent.*

För det stora flertalet patienter finns möjlighet att välja den vårdproducent man tycker bäst svarar mot de behov man har.

*Vårdens struktur utgår från syndrombaserade vårdprocesser.*

För patienterna viktiga vårdprocesser ska tillgodoses utan onödiga avbrott varken inom den psykiatriska vården eller gentemot vårdgrannar, och med hänsyn till psykisk samsjuklighet.



*Vården har en tydlig ingång och patientansvar*

Den psykiatriska vården ska garantera vårdsökande en psykiatrisk bedömning och vägledning till rätt instans i hälso- och sjukvårdssystemet, i de fall inte vårdansvaret ligger hos vårdproducenten själv. Den psykiatriska vården har ansvaret för patientens vård till dess en annan vårdinstans tar vid.

*Vården är kunskapsbaserad, redovisar resultat och är kostnadseffektiv.*

Vården ska tillvarata, implementera och erbjuda patienterna effektiva och kunskapsbaserade behandlingsmetoder samt redovisa behandlingsresultat. Representativa kvalitetsindikatorer och utfallsmått används i öppna kvalitetsredovisningar och är tillgängliga för befolkning, patienter och uppdragsgivare.

*Vården ges med ett målgruppsanpassat vårdutbud.*

Ett differentierat utbud av vårdformer ska erbjudas i form av olika slags öppenvård, lågintensiv heldygnsvård och en differentierad heldygnsvård. Brister i heldygnsvården behöver åtgärdas med avseende på såväl innehåll som struktur så att kvaliteten höjs och vården ges på mindre och mer målgruppsanpassade avdelningar.

Psykiiskt sjuka lagöverträdare får ett kvalificerat omhändertagande, lika över länet.

**Ändamålsenlig vårdstruktur och vårdtjänster 2009**

Den lokala områdesbaserade vårdstrukturen kan enligt förvaltningens bedömning bäst tillgodose de behov som finns avseende:

- uppsökande verksamhet för personer i uppenbart behov av psykiatrisk vård samt för att initiera beslut om tvångsåtgärder.
- en tydlig ingång till en psykiatrisk vårdproducent på specialistnivå för vårdsökande och vårdgrannar.
- effektiva vårdprocesser med hänsyn till komplexitet, krav på intern och extern samordning och patienters samsjuklighet.

En betydande del av heldygnsvården sker med tvång och utifrån gällande lagstiftning är beslut eller drift av tvångsvård inte aktuell för upphandling. För enskilda patienter kan en och samma vårdepisod skifta mellan frivillig och tvångsvård vilket av patienthänsyn ställer särskilda krav på att övergångarna är smidiga och vårdprocessen upplevs som en helhet.

Förutom en lokal psykiatrisk vård behöver det även i fortsättningen finnas högspecialiserade verksamheter som är länsövergripande alternativt länsdelsövergripande;

- Den rättspsykiatriska vården bör övergå till att vara en sammanhållen högspecialiserad vårdtjänst.

- Utbudet av öppenvård på specialistnivå för patienter med ångest och/eller depressionssjukdomar behöver förstärkas söder om Slussen för patienter som inte är i behov av den lokala psykiatriska vårdens hela vårdutbud.

## Metoder för att säkerställa önskvärd utveckling

En positiv utveckling kan stimuleras på olika sätt ex v genom konkurrens, beställaruppföljningar och ett effektivt ersättningssystem. Ytterligare ett antal verktyg föreslås för att påskynda utvecklingen.

### *Ökat brukarinflytande*

Såväl vårdproducenter som förvaltningen ska använda olika metoder för att öka brukarinflytandet.

### *Valfrihet*

Valfrihet att välja vårdproducent ska gälla även i fortsättningen och omfatta de flesta patientgrupper. Möjligheten för patienter att välja behandlare inom öppenvården ska i största möjliga utsträckning tillgodoses. Patientens rätt till valfrihet kan i några specifika fall behöva begränsas. Informationen och kunskapen om valfrihetsreglerna inom den psykiatriska vården ska öka och reglerna preciseras i ett politiskt beslut.

*En vision utarbetas och inriktningsmål antas som grund för beställningar och uppföljningar.*

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör med eget aktivt deltagande och om så önskas med stöd av förvaltningen, utarbeta en vision för den vuxenpsykiatriska vården. Förvaltningens förslag till inriktningsmål blir vägledande vid beställningar och uppföljningar, med möjlighet till senare omprövning av nämnden.

### *Vårdsystemet stärks*

Olika delar av landstingsvården är aktuell vid vård och samverkan kring psykiskt sjuka patienter. Parternas konsultationsansvar, vårdansvar och samverkan kring patienter med psykisk sjukdom i vårduppdragen behöver förtydligas. Exempel på områden:

- Ungdomar och unga vuxna bl a när det gäller affektiva sjukdomar. (Vuxenpsykiatrisk vård och BUP)
- Beroendesyndrom och samtidig annan psykisk sjukdom. (Vuxenpsykiatrisk vård och beroendevård)
- Utvecklingsstörning. (Vuxenpsykiatrisk vård och Habilitering)
- Äldre med psykiatriska sjukdomar utan demenssjukdom. (Vuxenpsykiatrisk vård)
- Olika former av psykisk sjukdom och somatisk vård (Vuxenpsykiatrisk vård och Primärvård)
- Rättspsykiatrisk vård och den psykiatriska vården när det gäller utslussning från rättspsykiatrisk vård.

Samarbetet med kommunerna är vitalt när det gäller patienter med psykisk sjukdom. Det gäller olika målgrupper samt minderåriga barn till psykiskt sjuka. SLL bör därför ta initiativ till att utarbeta en gemensam policy mellan SLL och KSL som grund för samarbetsformer och rutiner.

*Metoder utvecklas för kunskapsbaserade beställning och uppföljning.*

En forskningsbaserad samverkan mellan de tre kunskapsfälten forskning – psykiatrisk praktik och beställning av psykiatrisk vård behövs för att stimulera utvecklingen inom området kunskapsbaserade beställningar

## Uppdrag och genomförande

Huvudfokus för delprojekt 1 – Inriktning och struktur, inom ramen för Psykiatriöversynen är den psykiatriska vården för vuxna som ges vid länets 7 kliniker, d v s exklusive Norrtälje.

Klinikerna skiljer sig idag åt på flera sätt när det gäller struktur, inriktning och tillgänglighet. Det är sannolikt inte bara befolkningens behov som kan förklara olikheterna utan vårdideologi, arbetssätt, organisation, patientmängd, personaltillgång och forskningsanknytning har antagligen betydelse liksom olika ekonomiska förutsättningar. Patienternas möjlighet att påverka har också varit svag och beställarstyrningen har inte utgått från någon länsgemensam politiskt beslutad vision med inriktningsmål. Dessutom är samtliga kliniker landstingsdrivna vilket har gjort att utveckling genom mångfald i form av privata entreprenörer varit obefintlig.

I enlighet med uppdraget redovisas förslag kring nedanstående områden;

- inriktning och struktur på den psykiatriska vårdens utveckling
- heldygnsvården
- områden lämpliga för ökad mångfald
- avtalsområden 2009
- en länsgemensam vision med inriktningsmål samt andra
- ”verktyg” som beställare, patienter och den psykiatriska vården bör ges i syfte att utveckla inriktning och struktur

Förslagen tar sin utgångspunkt i nuvarande utbud och inriktning på vården, önskvärd utveckling och uppmärksammade vårdbehov. Akutvårdens framtida struktur utreds f n i särskild ordning och ingår inte i denna rapport.

Ett betydelsefullt kunskapsunderlag till föreliggande rapport finns i de tre underlagsrapporter som har tagits fram i arbetsgrupper. Under arbetets gång har synpunkter inhämtats från brukarrepresentanter, kommunföreträdare, verksamhetschefer för psykiatrisk vård inom SLSO samt andra sakkunniga. Programberedningen psykiatri och missbruk, Specialitetsrådet i psykiatri samt en sakkunniggrupp utsedd av Handikappföreningarnas Samarbetsorgan (HSO) i Stockholms län har utgjort referensgrupper.

Kvalitetsaspekterna när det gäller vårdens innehåll är centrala men har tonats ned eftersom fokus för översynen inte ligger på dessa frågor. Kvalitetsfrågorna har diskuterats i tidigare presenterade rapporter ”Uppföljningsrapport 2006 av Allmänpsykiatri i Stockholms län” samt ”Implementering av regionala vårdprogram och dess effekter inom den allmänpsykiatriska öppenvården för vuxna” 2006. Patienter och uppdragsgivare ska även framgent kunna kräva hög kvalitet på den psykiatriska vårdens innehåll – oavsett vilken inriktning och

struktur som vården har. Kvalitetsfrågor fokuseras också kontinuerligt i beställningar och uppföljningar.

### *Deltagare*

Maria Andersson, Hans Cagnell, Conny Gabrielsson, Göran Jakobsson, Milan Knezevic, Jan-Olov Wiklund, Carin Åkesson, och Jocelyne Ängeslevä från HSN-förvaltningen.

Eva Huslid från Forum – Centrum för vårdutveckling samt Christina Dalman, Yvonne Forsell och Eija Airaksinen från Forum – Centrum för folkhälsa.

Nils Lindefors, verksamhetschef vid Psykiatri Sydväst, Maj-Britt Larsson-Gladh, verksamhetschef vid Psykiatri Nordväst, Anna Åberg-Wistedt, SpeSak och verksamhetschef vid Norra Stockholms psykiatri, Tom Palmstierna, överläkare vid Beroendecentrum Stockholm, Tord Forsner, doktorand samt Göran Tidbeck psykiatriker, samtliga från SLSO.

Lars-Olof Ljungberg, divisionschef för Aleris psykiatri och t o m september Anna Stenseth, verksamhetschef vid Ersta psykiatriska psykiatri.

Mats Brommels, professor vid Medical management center, KI samt Lennart Håwestam, brukarrepresentant från Handikappföreningarnas samarbetsorgan (HSO).

Mårten Gerle medicinsk rådgivare inom Hälso- och sjukvården i Region Skåne, konsult Stefan Rudholm samt Olle Östman, f d medicinalråd vid Socialstyrelsen och sjukhusdirektör för Malmö Allmänna Sjukhus

Projektledare för delprojekt 1 - Inriktning och Struktur, har varit Berit Ekedahl vid HSN-förvaltningen Enheten för psykiatri, som svarar för föreliggande rapport med stöd av synpunkter och förslag från medarbetare på förvaltningen.

## Introduktion

Psykatri är den medicinska specialitet som på såväl regional som nationell nivå har blivit genomlyst ett flertal gånger avseende innehåll och kvalitet. Senast i betänkande ”Ambition och ansvar”<sup>1</sup> från den nationella psykiatrisamordnaren. I Stockholms läns landsting har den psykiatriska vården på senare tid blivit genomlyst i 1999 års psykiatriöversyn samt i 3 S-utredningen år 2004. Det är ytterst få verksamheter som består av så omfattande interaktioner och som har så många intressenter; patienter, anhöriga, politiker, massmedia, brukarorganisationer, annan hälso- och sjukvård, rättsvårdande myndigheter, kommuner (socialtjänst), försäkringskassor, arbetsförmedling, etc. Genom sin bredd har den psykiatriska vården en större samhällsanknytning jämfört med andra specialiteter och påverkas därmed i hög grad av omgivningen och tvärtom.

### *Underlagsrapporterna*

Nedanstående tre underlagsrapporter, som har tagits fram för att utgöra ett kunskapsunderlag till föreliggande rapport, finns att tillgå på förvaltningen

Kartläggning ger en ögonblicksbild av den psykiatriska vården och vårdbehov. Varken siffermaterialet eller beskrivningen av befintliga organisatoriska strukturer räcker som faktaunderlag för att kunna avgöra hur väl vården faktisk lyckas med sitt uppdrag ”att uppnå förbättrad psykisk hälsa och social funktionsförmåga”. Till dess vi har sådana resultatindikatorer kan underlagsrapporten förhoppningsvis stimulera till fortsatta reflektioner och problematiseringar kring vårdens insatser, resultat och struktur i dialog mellan politiker, förvaltningen, brukare och vårdproducenter. Yvonne Forsell från Forum – centrum för folkhälsa, är författare till avsnitten ”Vad är ett vårdbehov och Hur många personer hade kontakt med psykiatri under 2006”. Huvudsekreterare Berit Ekedahl svarar för de slutsatser som redovisas.

Inriktning och Struktur tar fasta på att det är patientens krav och förväntningar som ska vara fokus för den psykiatriska vårdens framtida inriktning, samt att syndrombaserade vårdprocesser och krav på samverkan med vårdgrannar rekommenderas som utgångspunkter för framtida struktur. Vårduppdragen föreslås vara såväl lokala som länsövergripande och ha koppling till en producentneutral plattform för FOUU. Arbetsgruppen svarar för rapportens innehåll och rekommendationer. Huvudsekreterare: Berit Ekedahl

Verktyg och roller för beställarstyrning ger en kontextberoende beskrivning för ledning och styrning av psykiatrisk vård samt diskuterar innebörden i begreppet evidensbaserad beställning. Den psykiatriska vårdens förutsättningar beskrivs även genom en historisk exposé av flera reformer av betydelse. Därefter redovisas olika ”verktyg” att användas för att uppnå ökad samordning och samverkan,

---

<sup>1</sup> SOU 2006:100 och 2006:91

brukarinflytande, kunskapsuppbyggnad, budget- och prioriteringsprocess samt kunskapsbaserad styrning. Arbetsgruppen svarar för rapportens innehåll och rekommendationer. Huvudsekreterare: Jocelyne Ängeslevä

### *Begreppsförklaring*

HSL: Hälso- och sjukvårdslagen

LPT: Lag om psykiatrisk tvångsvård 1991:1128

LRV: Lag om rättspsykiatrisk vård 1991:1129 (tvångvård)

### Den psykiatriska vården

I föreliggande rapport menas den specialiserade vårdnivån och innefattar därför inte primärvård. Den psykiatriska vården kan omfatta ett lokalt uppdrag, som idag förmedlas av de psykiatriska klinikerna, eller omfatta ett länsövergripande uppdrag.

### Vårdproducent

Avser det företag eller organisation som beställaren tecknar avtal med om ett specialistpsykiatriskt vårduppdrag. Begreppet föredras eftersom det annars ofta används begreppet Vårdgivare egentligen avser den politiskt ansvariga nämnden<sup>2</sup>.

### Psykiskt funktionshindrad

Ofta avses psykiatireformens målgrupp, d v s personer med långvarig och allvarlig psykisk störning. Den nationella psykiatrisamordnaren förordar<sup>3</sup> följande definition: ”En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid.” Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.”

### Psykiatriska syndrom

Är en kombination av olika tecken på sjukdom. I de inramade beskrivningarna<sup>4</sup> nedan ges en ökad förståelse för några.

### *Affektiva syndrom*

Här ingår a) Egentlig depression d v s olika former av depressionssjukdom samt b) Bipolära syndrom (tidigare benämnd mano-depressiv sjukdom) dit både bipolära och enbart maniska syndrom räknas.

---

<sup>2</sup> SOSFS 2007:9.

<sup>3</sup> Ambition och Ansvar, SOU 2006:100

<sup>4</sup> Med författaren Susanne Bejerots tillstånd hämtat ur hennes bok ”Vem var det du sa var normal?”

”En liten del av dem som lider av återkommande depressioner har dessutom perioder av kraftig upprymdhet. Då är man inte bara glad, självsäker och full av storslagna planer; man kan också vara lättirriterad, aggressiv och fullständigt omdömeslös. Manin övergår ofta i en djup depression, varvid personligheten förvandlas till det rakt motsatta. Sjukdomen går i perioder och symtomfrihet under många år är inte ovanligt. Obehandlad kan den maniska perioden orsaka kollaps och de depressiva perioderna resultera i självmord.”

#### *Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning*

Avser vanligen utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar med debut i barndomen med svårigheter inom flera områden. Vanliga diagnoser är autism, Aspergers syndrom, ADHD, Tourettes syndrom och mental retardation. Nära kopplade är språkstörning, dyslexi och tvångssyndrom. Kunskaperna om dessa tillstånd har på senare år ökat kraftigt och medfört ökade krav på utredning och behandling samt stödinsatser.

”Asperger syndrom och autism (högfungerande, dvs normalbegåvad) innebär likheter och är inte alldeles lätt att särskilja. Språkförfattningen är störd (man kan inte förstå undermeningar och metaforer), liksom ansiktsmimiken, kroppsspråket och beteendet. Man saknar en intuitiv förståelse av hur andra människor tänker och känner men inte förmåga till medkänsla. De flesta insisterar på fasta rutiner för vardagen. De flesta har utsatts för mobbning både i skolan och på arbetsplatsen och lever oftast utan partner. Många kan utveckla existentiella kriser, andra behöver hjälp mot ångest, depressioner och tvångsritualer.”

#### *Psykotiska syndrom*

”Att vara psykotisk innebär att man inte kan bedöma verkligheten på ett riktigt sätt – för det mesta lider den personen av schizofreni. För det mesta förekommer både hallucinationer och vanföreställningar. Att känna sig förföljd är ett symptom som är vanligare bland dem som är lite äldre när de insjuknar. Tankemönstret och beteendet påverkas av sjukdomen men även förmågan till att uttrycka känslor blir torftig. Många blir väldigt passiva och tar inga initiativ. För de flesta består sjukdomen livet ut. Utan behandling plågas många av nedstämdhet, rädsla och ångest. Vid sidan av läkemedelsbehandling är det viktigt att den sjuke får ett långsiktigt stöd och inte ställs inför alltför höga krav.”

#### *Beroendesyndrom i kombination med annan psykisk sjukdom*

Svårigheterna för målgruppen kan yttra sig på olika sätt. Den vårdprocess som beskrivs i bilaga 2, sid 12 avser den grupp som ofta har hög konsumtion av akuta sjukvårdsinsatser, ett ofta utagerande beteende, hög kriminalitet, hög risk för våld mot andra samt en hög dödlighet. Med sitt ofta kaotiska akuta vårdsökande, beteende och missbruk ”straffar” dessa patienter ofta ut sig från sedvanligt vårdutbud. De kommer under lång tid inte vara mottaglig för de sedvanliga



program som den psykiatriska vården erbjuder specifika diagnosgrupper p g a att definitiv diagnostik inledningsvis inte är möjlig.

### *Ångestsyndrom*

Innefattar paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, posttraumatisk stressyndrom, tvångssyndrom, social fobi och specifika fobier.

”En svår panikattack beskrivs ofta som den mest skrämmande upplevelse man någonsin har haft. Den kan komma som en blixtnedslag från klar himmel, och på några sekunder är man skräckslagen, yr och tror att man håller på att dö. Livet går ut på att förhindra att nya panikattacker uppkommer. Man försöker på olika sätt undvika situationer som det är svårt att fly ifrån. En del vågar inte lämna hemmet över huvud taget. Panikattackerna brukar avta med åren, men istället tillkommer en ökad risk för depressioner.”

## Förekomst av psykisk sjukdom och kontakt med vården

Nedanstående tabell illustrerar förekomsten<sup>5</sup> av vanligt förekommande psykiatriska syndrom i befolkningen.

	Förekomst, %		
	Befolkningen	Kvinnor	Män
Affektiva syndrom	9,8	10,8	8,6
Ångestsyndrom inkl enklare fobier	6,7	7,7	5,5
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	2,8 – 4,2	-	-
Psykotiska syndrom (18-64 år)	0,7	0,7	0,7
Beroendesyndrom i kombination med annan psykisk sjukdom	0,2	-	-
Andra psykiatriska syndrom	5,4	3,6	6,9

Som framgår är psykotiska syndrom jämnt fördelad mellan könen medan kvinnor är i majoritet bland affektiva- och ångestsyndrom.

### *Kontakt med vården*

Generellt sett anses psykiatrisk hälso- och sjukvård inte utnyttjas i den utsträckning som det finns behov av och det finns stora sociala skillnader i vårdutnyttjande. Personer som är i kontakt med sjukvården för dessa besvär återfinns inom såväl primärvård, beroendevård och inom den psykiatriska vården. I samband med Psykiatireformen 1995, fann man att andelen psykiskt funktionshindrade varierade stort mellan kommuner, stadsdelar och psykiatrikliniker i Stockholms län. Jämfört med riksgenomsnittet var andelen psykiskt funktionshindrade över 18 år mer än 50 procent högre i länet.

Nedanstående tabell illustrerar i vilken utsträckning som patienter besökte primärvården respektive den psykiatriska vården år 2006<sup>6</sup>.

Tabell: Andel av de med tillståndet, respektive antal personer, som hade kontakt med primärvård och den psykiatriska vården år 2006

<sup>5</sup> Yvonne Forsell från Forum-centrum för folkhälsa. En fördjupad beskrivning av behov, förekomst och vårdutnyttjande, ges i bilaga 1 sidorna 27-31.

<sup>6</sup> Primärvårdskonsumtion är hämtad ur Pri-Rapp 2006. Den psykiatriska vårdens konsumtion är hämtad från slutenvård och öppenvårdpsykiatiregistreringen år 2006. Undantag: Södertälje, Norrtälje samt Psykiatri Nordöst då diagnoser från öppenvården ej kan ses i databasen från dessa områden (de flesta kontakterna sker i öppenvård).

	Förekomst, %	Andel % av de med tillståndet som hade vårdkontakt med		Antal personer som hade vårdkontakt med	
		primärvården	den psykiatriska vården	primärvården	den psykiatriska vården
Affektiva syndrom	9,8	12	10	16 346	15 969
Ångestsyndrom	6,7	22	15	19 005	12 501
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	2,8 – 4,2	4,8 - 7,1	2,4 - 3,6	2 340	2 051
Psykotiska syndrom	0,7	2,9	71	320	7 574
Beroendesyndrom i komb. med annan psykisk sjukdom	0,2	15	50	367	1 088
Andra psykiatriska syndrom	5,4	9,3	7,4	6 736	5 128

Ungefär lika många personer hade kontakt med primärvården som med den psykiatriska vården men tabellen säger inte om samma individ hade kontakt med båda vårdnivåerna. Antalet kontakter med den psykiatriska vården var större än vad som framgår p g a ofullständig diagnosregistrering.

Tabellen redovisar till övervägande delen patientens huvuddiagnos och inte de ytterligare psykiatriska diagnoser som kan vara aktuella. Andelen patienter som under sin sjukdomstid har mer än en psykiatrisk sjukdom är vanlig. 14 % av patienterna diagnosregistrerades år 2006 med mer än en psykiatrisk diagnos men andelen skulle med stor sannolikhet öka väsentligt om alla diagnoser registrerades och om man följde personerna över tid. Det förekommer t ex ofta att patienter med affektiva tillstånd också har ett ångestsyndrom och patienter med psykossjukdom har också ofta ytterligare psykiatriska diagnoser.

De flesta personer som är i kontakt med vården har ångest- eller affektiva syndrom men trots detta bedöms dessa tillstånd tillsammans med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vara de syndrom där det finns avsevärda uppfyllda vårdbehov.

De flesta personer med psykossjukdom återfinns inom den psykiatriska vården och i en studie från 1984 bedömdes att ca 97 % av personer med psykossjukdom var kända av vården. År 2006 hade drygt 70 % kontakt, men andelen skulle sannolikt öka betydligt om vi såg kontaktmönstret över flera år. Personer med psykossjukdom och de med psykisk störning och missbruk har i hög grad haft kontakt med den psykiatriska vården. Inom beroendevården återfinns många patienter med såväl psykisk störning och missbruk.

Antal patienter per psykiatrisk klinik varierade år 2006 mellan 29 och 41 patienter/1000 invånare.

*Män och kvinnors kontakt med vården*

Av nedanstående tabell framgår hur vårdkontakterna fördelade sig år 2006 mellan män och kvinnor.

	Kontakt med den psykiatriska vården exkl klinikerna i Södertälje, Norrtälje och Nordost, %		Kontakt med primärvården i samma områden, %	
	Kvinnor	män	Kvinnor	Män
Affektiva syndrom	64	36	68	33
Ångestsyndrom	65	35	71	29
Psykotiska syndrom	50	50	57	43
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	44	56	57	43
Beroendesyndrom i kombination med annan psykisk sjukdom	38	62	46	54
Andra syndrom	73	27	63	37

Det framgår inte i vilken utsträckning samma person återfinns inom båda vårdnivåerna. Som framgår dominerar kvinnor inom såväl primärvård som inom den psykiatriska vården när det gäller affektiva och ångestsyndrom.

*Vårdkonsumtion inom den psykiatriska vården år 2006*

Vid de psykiatriska klinikerna varierade antalet besök per patient mellan ca 10 och 15 och antalet besök per 1000 invånare mellan 308 och 566. Klinikernas ”öppenvårdstyngd” varierade mellan 2,5 och 4 besök per vård dygn.

Medelvårdtiden i heldygnsvård (HSL och LPT) varierade mellan 12 och 28 vård dygn och den klinik som erbjöd flest vårdplatser till sin befolkning tillhandahöll ungefär dubbelt så många som den med lägst antal. Beläggningen var hög, snarare över än under 100 %. Jämfört med den inventering som länets psykiatri genomförde år 2003 förefaller det som att beläggningen generellt hade ökat sedan dess. Mellan 22 % – 39 % av patienterna som var i heldygnsvård skrevs in igen inom 90 dagar. Den klinik som har flest återinskrivningar inom 90 dagar ligger nästa dubbelt så högt som den med lägst. De kliniker som har längst respektive kortast vårdtid hade nästan samma återinskrivningsgrad.

## Den psykiatriska vården är en del av ett vårdssystem

Även om huvudfokus för rapporten är den psykiatriska vård som ges vid klinikerna går det inte att tala om framtida inriktning och struktur utan att beakta de ömsesidiga beroenden som finns mellan vårdaktörerna i det vårdssystem som den psykiatriska vården är en del av. Behovet av samverkan i vårdssystemet innebär att det krävs etablerade former och rutiner för samverkan och tydlig ansvarsfördelning mellan den psykiatriska vården och andra huvudmän och vårdgrannar.

Den vård som den sjukhusbaserade psykiatriska vården tidigare hade ansvar för tillgodoses idag av stat, landsting och kommuner, ofta med ytterligare inbördes ansvarsfördelning på olika verksamheter. Övergången har inte varit oproblematisk i de fall samma patient/klient behöver insatser som kräver samordning mellan vårdgrannar. Mängden involverade beror på vilka medicinska och sociala problem som patienten/klienten behöver få hjälp med, och dessa problem kan skifta över tid. Intensiteten på samarbetet varierar också. I syfte att förbättra tillgänglighet och samordning av vård och omsorg har det inom vårdssystemet introducerats olika samordnarfunktioner såsom case-managers, personliga ombud liksom olika modeller för vård i hemmiljö.

Schizofrenisjukdom, affektiv sjukdom, ångestsyndrom, krisreaktioner, åldersdemens, psykisk störning och missbruk är exempel där såväl primärvården, den psykiatriska vården, beroendevården och geriatriken kan vara aktuella beroende på grad av sjuklighet och komplexitet i varje enskilt fall. Vårdavtalen ger idag inte tydlig vägledning kring ansvarsfördelningen parterna emellan. Frågan om rätt vårdnivå uppstår exempelvis vid vård av patienter med lindriga eller måttliga problem som normalt brukar anses vara en primärvårdsuppgift. I de fall effektiva behandlingsmetoder inte fått fäste inom primärvården behandlas patienterna inom den psykiatriska vården (exv internetbehandling) eller får inte adekvat behandling alls. Den psykiatriska vården har på senare år i stora delar av länet antagit lokala samverkansöverenskommelser med lokal primärvård och kommuner och stadsdelar.

### *Primärvården*

De flesta av primärvårdens patienter med psykiska störningar är okända för den psykiatriska vården. Primärvården träffar patienter med mer okomplicerade psykiatriska sjukdomar men svarar även för somatisk vård för patienter som i övrigt får insatser från den psykiatriska vården. Det finns vårdbehov som på ett bättre sätt skulle behöva identifieras och behandlas på primärvårdsnivå. Socialstyrelsen påtalade t ex 1998 att personer med psykisk sjukdom som vänder sig till primärvården inte alltid blir identifierade som psykiatriska patienter. År 2006 konstaterade den nationella psykiatrisamordnaren att primärvården generellt sett, inte har tillräcklig kompetens för att upptäcka och behandla psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar.

### *Beroendevården*

träffar patienter med svårare beroendesjukdomar och komplexa tillstånd, och många gånger kombinerat med andra psykiska sjukdomar. Insatserna kring patienter med komplexa problem måste vara samordnade genom ett integrerat samarbete på alla nivåer mellan alla inblandade aktörer. Särskilda integrerade team har skapats för målgruppen men samverkansformer och arbetssätt behöver fortsätta att utvecklas.

### *Barn- och ungdomspsykiatri*

träffar patienter som redan i unga år insjuknar och vilka i vuxen ålder behöver fortsatt vård inom den vuxenpsykiatriska vården. Det gäller framför allt ungdomar med långvariga behandlingsbehov, till exempel bipolär sjukdom, psykossjukdom eller självskadebeteende. Här behöver kontinuitet säkras genom att specialiteterna inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri smidigt hakar i varandra. Trots att respektive part har sitt huvudsakliga ansvar för individer under respektive över 18 år så bör åldersgränsen kunna tillämpas flexibelt och stödjas av vårdproducenternas ersättningssystem.

### *Geriatriken*

Den psykiatriska vården och geriatriken träffar patienter med såväl demens som psykiatriska sjukdomar. Frågan om rätt vårdinstans uppstår ibland vid behov av tvångsvård av utåtagerande äldre personer med demenssjukdom.

### *Rättspsykiatrisk vård*

Huvuddelen av vården ges till personer som är dömda enligt LRV, dvs som vårdas för en allvarlig psykisk störning som orsakat den kriminalitet de dömts för. En mindre andel av vården utgör svårvårdade patienter som inte kan tas omhand inom den psykiatriska vården. Ytterligare en annan grupp är häktade/fängelsedömda med psykiatriskt behov av heldygnsvård. Inför permissioner och därefter utskrivning från den rättspsykiatriska vården måste nödvändiga stödinsatser från sedvanlig psykiatrisk vård och socialtjänst samordnas.

### *Habiliteringen*

Personer med funktionshinder som behöver habiliteringsinsatser t ex personer med utvecklingsstörning, rörelsehinder, autism, asperberger och adhd kan också behöva psykiatrisk vård. Samverkan och ansvar för förskrivning av kognitiva hjälpmedel behöver klargöras mellan parterna.

### *Tandvården*

är aktuell för nödvändig förebyggande och reparativ tandvård eftersom tänderna ofta tar skada av långvarig medicinering.

*Kommuner*

Viktiga insatser är sysselsättning, omvårdnad, rehabilitering, boendestöd och ekonomiskt bistånd. Socialtjänsten möter i sin verksamhet olika grupper av personer med psykisk ohälsa och sjukdom. Ex v klienter med behov av bistånd som ännu inte identifierats inom den psykiatriska vården, ex v med ångest- eller depressionsproblem, psykiskt funktionshindrade samt barn och ungdomar som far illa med anledning av psykisk ohälsa i familjen.

Ett återkommande problem som tas upp i ett antal rapporter och studier är brister i samverkan mellan landsting och kommuner vilket kan hänga samman med att landsting och kommun samverkar utifrån egna perspektiv och inte utifrån ett gemensamt synsätt och förhållningssätt.

*Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen*

med ansvar för frågor kring socialförsäkringsstöd, rehabilitering och arbete är andra viktiga samarbetspartners.

## Den psykiatriska vårdens ansvar, uppdrag och vårdstruktur

Det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att den psykiatriska vården är en specialistkompetent resurs för utredning/diagnostik, behandling och vård av patienter med svåra psykiska sjukdomar såsom psykotiska tillstånd, svåra affektiva sjukdomar, neuropsykiatriska funktionshinder, allvarliga personlighetsstörningar, personer som gjort suicidförsök eller bedöms vara suicidnära samt patienter med svåra ångesttillstånd. Vården ska erbjuda tidiga insatser, förebygga återinsjuknande och bidra i rehabilitering. Patienterna ska ha tillgång till ett differentierat vårdutbud med akuta och planerade insatser i öppen- och heldygnsvård. Vidare inbjuda närstående till samverkan samt samverka med vårdgrannar.

År 2006 fördelade sig de sju klinikernas ca 50 000 patienter på följande vanliga sjukdomssyndrom<sup>7</sup>:

- Affektiva syndrom (36 % av patienterna)
- Ångestsyndrom (28 % -"-)
- Psykotiska syndrom (17 % -"-)
- Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (5 % -"-)
- Beroendesyndrom i kombination med annan psykisk sjukdom (2 % -"-)
- Andra syndrom exempelvis personlighetsstörning (12 % -"-)

Patientgruppernas storlek säger inte hur komplex eller resurskrävande vården är vilket tydligt illustreras nedan.

	Affektiva syndrom	Ångestsyndrom	Psykotiska syndrom
Förekomst i befolkningen	10 %	7 %	1 %
Andel av den psykiatriska vårdens patienter år 2006	36 %	28 %	17 %
Andel av alla vårddygn år 2004	29 %	9 %	39 %

Patienter med psykossjukdom utgör 17 % av patienterna men förbrukar nästan 40 % av den resurskrävande heldygnsvården. Dessa patienter lever ofta med sin sjukdom över lång tid, och kan i olika faser av sjukdomen behöva heldygnsvård, akutvård samt olika former av öppenvård, såväl frivillig som med tvång. Det krävs därutöver en nära och intensiv samverkan med vårdgrannar.

<sup>7</sup> Närmare förklaring av syndromen och rekommenderade insatser beskrivs i bilaga 2, sidorna 7-13.



Patienter med ångestsyndrom å andra sidan är numerärt en stor grupp men behandlas oftare i öppenvård, inte så utsträckt över tid och heller inte så samverkansintensivt. På så sätt är den vården i regel mindre resurskrävande.

Klinikerna svarar för psykiatrisk vård för vuxna från 18 år och uppåt, till olika stora befolkningsområden med olika karaktär av storstad respektive glesbygd.

Utöver det befolkningsbaserade vårdutbudet (nedanstående tabell) finns även ett länsövergripande vårdutbud som redovisas i bilaga 1, på sidorna 23–26.

	SNS	SLSO					
	Södertälje	Sydöst	Sydväst	Södra Sthlm	Norra Sthlm	Nordöst	Nordväst
<b>Kommuner/ Stadsdels- områden</b>	Nykvarn Salem Södertälje	Nacka Värmdö Haninge Tyresö Nynäshamn	Huddinge Botkyrka <u>Stockholm:</u> Älvsjö Liljeholmen Hägersten Skärholmen	<u>Stockholm:</u> Maria Gamla stan Katarina Sofia Enskede Årsta Skarpnäck Farsta Vantör	<u>Stockholm:</u> Kista Rinkeby Spånga Tensta Hässelby Vällingby Bromma Ekerö Kungsholmen Norrmalm Östermalm	Danderyd Vaxholm Österåker Lidingö Täby Vallentuna	Järfälla Sigtuna Sollentuna Uppl. Väsby Uppl Bro Solna Sundbyberg
<b>Antal och andel inv. 2006, 18 år -</b>	79 617 5,5 %	191 769 13,3 %	216 175 14,9 %	230 654 15,9 %	325 319 22,5 %	156 726 10,8 %	246 567 17 %
<b>Psyk. index</b>	5,45 %	12,08 %	15,55 %	18,61 %	23,29 %	8,24 %	16,79 %

Den socioekonomiska strukturen i befolkningen varierar, vilket psykiatriindex återspeglar. Sydväst, Södra Stockholm och Norra Stockholm är geografiska områden som har en genomsnittligt högre behovstyngd uttryckt i psykiatriindex än den relativa befolkningsstorleken. Övriga kliniker har en genomsnittligt lägre behovstyngd.

Klinikerna har valt att organisera sitt vårdutbud på olika sätt. Exempel finns där det sektorsbaserade tankesättet i stor utsträckning speglas genom en sammanhållen organisationsstruktur där personalens generalistkunskap betonas. Andra har en större differentiering i vårdutbudet och kompetensmässig specialisering där sambandet mellan öppen- och heldygnsvård inte lika starkt utgår från det sektorsbaserade tänkesättet. Omfattning av och inställning till att bedriva samlokaliserat samarbete med vårdgrannar förefaller också skilja sig åt.

Generellt är kostnaderna för öppen- respektive heldygnsvård ungefär lika stora. Tvångsvården (LPT och LRV) dominerar heldygnsvården, med ca 55 % av vårdplatserna. Med LRV exkluderad utgör tvångsvården ca 35 % av all heldygnsvård.

På klinisknivå är de relativa skillnaderna avsevärda när det gäller antal patienter, besök i öppenvård eller omfattningen av heldygnsvård. Stora skillnader i kvalitet, utbud, profilering och tillgänglighet talar för att patienter idag inte erbjuds psykiatrisk vård på lika villkor över länet som utgår från behov. Olikheterna försvårar också för vårdsökande att hitta rätt i vården. Olika preferenser kring vårdideologi, arbetssätt och organisation spelar troligen in liksom historiska och ekonomiska förutsättningar, patientmängd, personaltillgång och forskningsanknytning.

### Öppenvård

Öppenvården bedrivs vid mottagningar eller team som i olika grad är specialiserade mot vissa sjukdomstillstånd, åldrar eller behandlingsmetoder. Norra Stockholms psykiatri har flest specialiserade verksamheter, 26 st, och Södra Stockholms psykiatri har lägst antal med 16 st.

	Särskilda mottagningar eller team	Antal kliniker
Tillstånd	Psykisk sjukdom och missbruk	5
	Neuropsykiatri	6
	Psykosjukdom	7
	Allmänpsykiatriska tillstånd	6
	Affektiva syndrom	4
	Borderlinestörning	1
	Ångestsjukdom	2
	Riskpatienter	1
Ålder	Unga vuxna	4
	Ungdomar i riskzon	1
	Äldre	4
Metod	Psykoterapi	5
	Dialektisk beteendeterapi	1
	ECT – elbehandling	3
	Internetbehandlingsenhet	1
	Arbetsterapi	2
	LRV öppenvård	2
Vårdform	Transkulturell inriktning	1
	Närpsykiatrimottagning	1
	Konsultenhet (somatiska vårdproducenter)	1
	Samlokalisering med annan huvudman eller vårdgranne	7

Den vanligaste organisatoriska specialiseringen finns för psykosjukdom och alla har särskilda verksamheter för att kunna möta nyinsjuknade psykospatienter. Specialisering för patienter med psykisk sjukdom och missbruk har på senare tid

ökat markant med hjälp av projektmedel. En generell organisatorisk differentiering för patienter med neuropsykiatriska tillstånd, affektiva tillstånd samt ångesttillstånd finns inte. Klinikerna har i olika utsträckning specialiserat sig mot unga (5 kliniker) eller äldre (4 kliniker). Inom projektets ram har inga analyser gjorts av vårdens kvalitet, mellan kliniker som erbjuder särskilda mottagningar och de som inte gör det.

### Heldygnsvård

Heldygnsvården ser idag olika ut inom klinikerna med varierande grad av differentiering. Samtliga psykiatriska kliniker bedriver vård enligt HSL och LPT.

	Särskilda avdelningar	Antal kliniker
Tillstånd	Allmänpsykiatriska tillstånd	5
	Psykostillstånd	6
	Affektiva syndrom	2
Ålder	Äldre patienter	1
Metod	Psykiatrisk intensivvård	1
	Lågintensiv heldygnsvård	3

Tre av klinikerna köper rättspsykiatrisk vård av annan vårdgivare eller vårdar patienterna på vanlig vårdavdelning. Övriga kliniker har särskilda vårdenheter.

En studie<sup>8</sup> av den psykiatriska vårdkonsumtionen som illustreras nedan, visar att heldygnsvården minskade mellan 1998 och 2004. Mest minskade heldygnsvård av psykossjuka men dessa dominerar fortfarande stort. Observera att tabellen inkluderar länets beroendevård där patienter med missbrukssyndrom i huvudsak förväntas ha fått sin vård.

År		Antal vård dagar per syndromgrupp					Alla
		Psykos	Affektiva	Missbruk	Ångest	Personligh.störn.	
1 998	män	61 078	26 555	33 336	6 610	6 018	<b>266 741</b> 100%
	kvinnor	49 875	41 685	16 106	11 247	14 231	
	alla	<b>110 953</b>	<b>68 240</b>	<b>49 442</b>	<b>17 857</b>	<b>20 249</b>	
	andel	42%	26%	19%	7%	8%	
2 004	män	41 416	24 702	26 476	8 108	3 287	<b>213 603</b> 100%
	kvinnor	41 019	37 659	10 963	11 694	8 279	
	alla	<b>82 435</b>	<b>62 361</b>	<b>37 439</b>	<b>19 802</b>	<b>11 566</b>	
	andel	39%	29%	18%	9%	5%	
Förändring 1998 – 2004		-35%	-9%	-32%	10%	-75%	-25%

Minskningen av heldygnsvård har inneburit att en förskjutning har skett från frivillig vård till mer tvångsvård d v s vård av svårt sjuka. Larmsignaler har

<sup>8</sup> C Dalman m fl. Psykiatrisk vårdkonsumtion i Stockholms län 1998-2004, Centrum för folkhälsa. 2005

kommit att neddragningarna gått för långt och frågan har ställts om heldygnsvården behöver utökas igen. Påfallande stor minskning har skett av mäns psykosvård.

Behovet av heldygnsvård och vad som faktiskt kommer patienterna till del sammanhänger med flera faktorer. De medicinska behoven men även den psykiatriska vårdens interna vårdprocesser spelar in liksom den faktiska tillgången till vårdplatser, hur eftervården fungerar, hur väl utbyggt utbudet hos vårdgrannar är och samverkan fungerar med dessa men även vilka förutsättningar som patienten själv har i form av ekonomi, boende och stöd från närstående. Hur sambanden mellan olika faktorer påverkar på behovet av heldygnsvård ser ut är komplicerat vilket bekräftas av de systemanalyser som görs i region Skåne. Sammanfattningsvis verkar en effektiv öppenvård, en målgruppsanpassad differentierad heldygnsvård samt tillgång till akut omhändertagande vara det tre viktigaste faktorerna för den psykiatriska vårdens möjligheter att minimera heldygnsvården.

Projektets inventering visade att öppenvårdsutbudet och möjlighet till eget akut omhändertagande varierade och inom heldygnsvården fanns stora olikheter. Beläggningen är generellt hög, oftare över än under 100 %, differentieringsgraden varierar och avdelningarnas storlek varierar med mellan 10 och 20 vårdplatser (tvångsvården oftast de mindre). Beläggningsgraden måste tolkas försiktigt då uppgifterna inte är granskade med avseende på hur permissioner har medräknats.

När verksamhetscheferna inom projektet inventering beskrev behovet av heldygnsvård framkom:

- Södra Stockholms psykiatri och Psykiatri Sydöst har ett omedelbart behov av mer heldygnsvård motsvarande ca 14 fler vårdplatser.
- Södertälje psykiatri och Psykiatri Sydväst har inte behov av fler vårdplatser.
- Samtliga utom Psykiatri Sydväst vill skapa en mer differentierad heldygnsvård än vad som idag erbjuds i form av
  - mellanting mellan öppenvård och heldygnsvård (två kliniker).
  - enhet/er som drivs i samarbete med kommunen och för nyinsjuknade, för unga vuxna samt för gravida och post partum-patienter (efter förlossning) (en klinik)
  - mindre vårdavdelningar för att kunna erbjuda specifika målgrupper bättre vård (tre kliniker)

Ibland bedrivs eller bekostas heldygnsvård av andra än medicinska skäl, bl a som en följd av landstingets avtal med Stockholms stad. Avtalet rörande vård vid HVB-hem som innebär att den psykiatriska vårdens uppdrag inte är lika över hela länet är nu uppsagt.

Kritiken från patient- och anhörigföreningar kring kvalitet och innehåll i heldygnsvården måste tas på allvar. Vistelsen kan upplevas som både våldsam, stökig och otrygg. Man beskriver situationer av rädsla för medpatienter, och i en

del fall även för personal. Avdelningarna behöver vara mindre och personalen mer engagerad. Idag upplever man att personalen i allt för liten utsträckning är bland patienterna, och att patienterna får kämpa om personalens uppmärksamhet. Det efterlyses meningsfulla aktiviteter/sysselsättning och ett vettigt innehåll. Att få motion, till exempel gympa i grupp, eller att bara få komma ut, är något man önskar. Samtal efterfrågas också. Många önskar ett större intresse från personalen för patienten och sjukdomen. Idag är det mest förvaring tycker många. Bemötandet är under all kritik betonar flera. Förmågan att lyssna och servicekänslan skiljer sig från öppenvården, anser föreningarna.

### *Tillgänglighet och köer*

I beställarens uppföljning av avtal 2006 konstaterades att:

- 58 % av patienterna gjorde ett första besök inom fyra veckor.
  
- 233 personer väntar på neuropsykiatrisk utredning vid klinikerna. Ytterligare 672 stycken köar vid någon av de två länsövergripande utredningsteamerna. Därutöver köar 202 stycken inom länets beroendevård. Sammanlagt ca 1 100 personer fanns i kö för att få en neuropsykiatrisk utredning genomförd.
  
- I genomsnitt 81 % av telefonsamtalen besvarades inom angiven tid och spridningen mellan mottagningarna låg på mellan 9 % och 97 %<sup>9</sup>. I maj 2007 upprepades mätningen och då har de flesta mottagningarna förbättrat sin telefontillgänglighet betydligt. 67 % av mottagningarna svarade på mer än 80 % av samtalen inom angiven tid.

Våren 2007 hade 54 % av den psykiatriska vårdens mottagningar till SKL redovisat hur många patienter som väntar på vård.

---

<sup>9</sup> Länsakuten ingår i materialet

## Framtida förväntningar på den psykiatriska vården

En mängd faktorer spelar in för vilken inriktning den psykiatriska vården ska utvecklas mot. Hur kommer samhällsutveckling att påverka förväntningarna på vården? Hur kommer vårdbehoven att förändras? Vilka krav har patienter och uppdragsgivare på den psykiatriska vårdens utveckling?

### *Befolkningsökning bland unga och äldre*

Befolkningens behov av psykiatrisk vård påverkas av dess storlek och ålderssammansättning. Befolkningstillväxten för länet fram till år 2010 förväntas bli ca 29 000 invånare per år.

Mest ökar grupperna 17-30 år respektive 63-75 år. Största minskningen förväntas för gruppen 11-16 år respektive 56-62 år. Alla grupper utom den yngsta påverkar den vuxenpsykiatriska vårdens inriktning framöver. De geografiska områdena uppvisar dock sinsemellan stora ålderskillnader varför lokala anpassningar kommer att behövas. Antalet äldre ökar i alla kommuner och stadsdelar utom en, störst ökning, 20 %, sker i södra länsdelen. Endast i Enskede-Årsta-Vantör kommer antalet äldre över 65 år att minska under perioden.

65-w år	År		Förändring	
	2006	2010	antal	%
Norra länet	88 334	103 357	15 023	17
Sthlm/Ekerö	115 047	122 800	7 753	6,7
Södra länet	67 337	81 036	13 699	20,3

### *Utländsk anknytning*

En tredjedel av alla invånare hade år 2005 utländsk anknytning.<sup>10</sup> I Botkyrka, Södertälje och Huddinge bor 20 % av alla länets invånare med utländsk anknytning. I Rinkeby - Kista har över 80 % av invånarna utländsk anknytning och i Skärholmen 63 %. Vården måste kunna möta de olika behov på vårdtjänsternas tillgänglighet och utförande som kan finnas med anledning av patientens härkomst.

### *Vård på lika villkor*

Vård ska erbjudas på lika villkor över länet och olika utbud och profilering över länet måste kunna förklaras och förstås utifrån olika behov hos patienterna och befolkningen. Idag råder dock stora skillnader när det gäller den psykiatriska vårdens kvalitet, utbud och tillgänglighet över länet som inte kan förklaras utifrån olika behov.

<sup>10</sup> Med begreppet utländsk anknytning avses utländska medborgare, svensk medborgare födda i utlandet samt svenska medborgare födda i Sverige med minst en förälder född utomlands.

En av utmaningarna blir därför att utveckla vården så att den kan möta befolkningens psykiatriska vårdbehov utifrån försvarbara prioriteringar och med en sund ekonomisk finansiering. Resurserna är begränsade och en fördelning av dem innebär en prioritering mellan individer, grupper och olika geografiska områden.

Socialstyrelsen redovisade år 1998 följande faktorer för den utsatthet som generellt har konstaterats för gruppen psykiskt funktionshindrade

1. *Förhöjd dödlighet*; Ingen enskild diagnostisk grupp utmärker sig som mer riskbenägen än andra, men missbruk ensamt eller i kombination med en annan psykiatrisk diagnos leder oftast till förhöjd dödlighet. Psykiatriska patienter har också en förhöjd frekvens av somatiska sjukdomar som ofta inte är diagnostiserade och obehandlade som i sin tur kan förvärra de psykiatriska symtomen och tvärtom. Dödsrisken är speciellt hög i nära anslutning till utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård och i nära anslutning till den första kontakten med den psykiatriska vården.
2. *Förhöjd sjuklighet i andra sjukdomar*; De med schizofrenidiagnos är överrepresenterade i framför allt hjärt-, kärl- och lungsjukdomar. Det har även rapporterats att de psykiskt funktionshindrade inte får samma somatiska vård då de skadas. Vissa patienter kan ha problem med övervikt och med de komplikationer som följer av denna, där neuroleptika i kombination med ett inaktivt liv och dålig kosthållning är bidragande orsaker.
3. *Sämre livskvalitet*
4. *Svårigheter att kommunicera*; bristande verklighetsuppfattning och rädsla för omgivningen.

Speciellt för de patientgrupper som har förhöjd dödlighet, sjuklighet i somatiska sjukdomar samt svårigheter att kommunicera eller ta till sig information om vårdutbudet krävs att såväl beställare som vårdproducenter kompenserar för denna utsatthet så att vården ges på lika villkor och oavsett kön eller sociala, geografiska, språkliga och kulturella förhållanden.

Epidemiologiska studier har visat på ett stort ouppfyllt vårdbehov för personer med affektiva sjukdomar och ångestsjukdomar. Det finns anledning att tro att nuvarande vårdvolymen inom primärvård och psykiatrisk vård sannolikt är för låga för de flesta psykiatriska diagnoser i förhållande till behoven.

#### *Värdegrund som förhållningssätt till patienter, närstående och vårdgrannar*

De övergripande handikappolitiska målen för samhällets insatser till personer med psykiska funktionshinder är de samma som gäller inom alla samhällssektorer. Detta innebär att insatserna ska leda till full delaktighet i samhällslivet, jämlikhet i levnadsvillkor och bidra till en samhällsgemenskap med mångfald som grund.

I den framtida psykiatriska vården påverkar begrepp som helhetssyn, delaktighet, information, respekt och att bli trodd vårdens inriktning. Patienter och närstående ska kunna förvänta sig ett professionellt och kunnigt bemötande.

Man känner till om det finns barn i patientens närhet och vilket stöd de har. Man ser till att barnen kan få adekvat information och bemötande under den tid föräldern vårdas, och att föräldern ges stöd i sin föräldraroll. Vägledning till verksamheter som har stödverksamheter ges. Vårdgrannar är önskvärda medspelare som deltar i vårdplaneringen på jämbördiga villkor och utifrån sitt ansvar och uppdrag.

### *Information och inflytande*

En ökad mängd och tillgång till information till allmänheten innebär en fortsatt ökad efterfrågan på psykiatriska stödinsatser. Välinformerade patienter kräver i ökad utsträckning hjälp och vill göra egna aktiva vårdval, vill ha hjälp snabbt med metoder man känner till är effektiva och vill ha inflytande och kontroll över vårdens utformning. Men samtidigt kommer gapet att öka mellan den välinformerade och aktiva befolkningen och de som inte kan eller förmår att ta till sig eller använda informationen p g a sin sjukdom eller försvårande livsvillkor.

### *Tillgänglighet*

Kraven förväntas öka på god tillgänglighet till kontakt, bedömning, diagnos, behandling och vägledning. Olika patientgrupper har olika krav på tillgänglighet. För den som söker hjälp första gången är tillgänglighet till första kontakt och bedömning särskilt betydelsefullt medan god telefontillgänglighet till sin behandlare ofta är viktigt för den som redan har en etablerad kontakt. Krav på geografisk närhet och akut omhändertagande varierar också. Vårdgrannar har behov av tillgänglighet till konsultationer. Tillgängligheten måste därför säkerställas och följas upp utifrån hur behoven ser ut för olika målgrupper.

Omvittnat är att patienter många gånger får vård onödigt sent. En del personer söker inte hjälp trots besvär som vården kan hjälpa till med, vilket kan bero på personens inställning till och kunskap om psykiska problem. Den enskilde måste också ha kunskap om var man ska söka hjälp. Somliga tar direktkontakt med den vårdinrättning man vet är den rätta för de egna vårdbehoven, medan andra måste leta sig fram hos primärvård eller den psykiatriska vården. Brukarorganisationerna och tidigare utredningar har påtalat svårigheterna att hitta rätt.

Den psykiatriska vården ska garantera vårdsökande en psykiatrisk bedömning och vägledning till rätt instans i hälso- och sjukvårdssystemet, i de fall inte vårdansvaret ligger hos vårdproducenten själv, samt behålla patientansvaret till dess rätt vårdinstans tar över.

⇒ Förvaltningen bör analysera behovet av och möjligheterna för att utveckla och förenkla för vårdsökande och deras anhöriga att komma rätt i vårdssystemet, i



samarbete med brukarorganisationer och sakkunniga för primärvård och psykiatri.

### *En effektiv primärvård*

Befolkningens behov av psykiatrisk vård kommer också att påverkas av hur första linjens sjukvård fungerar. Närmare 22 % av kvinnorna och 15 % av männen säger sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande<sup>11</sup> och prognosen för att utveckla psykisk sjukdom ökar i regel ju längre tid som går utan adekvat stöd. Det har betydelse för patienterna och för den psykiatriska vården att primärvården kan identifiera såväl psykisk ohälsa som psykisk sjukdom och erbjuda adekvata och tidiga insatser.

### *Valfrihet och mångfald*

Tillgängligheten ökar när patienter kan välja den vårdproducent man tycker bäst svarar mot de behov man har. Av den psykiatriska vårdens patienter var det bara 2 % som år 2006 utnyttjade valfriheten och valde att få sin vård vid en annan klinik än den som ligger närmast hemadressen. Orsakerna kan vara flera; patienterna värdesätter att vården ligger nära hemorten, reglerna om valfrihet är inte är kända eller att de ekonomiska incitamenten för vårdproducenterna har varit svaga att underlätta byte av vårdproducent. En ökad geografisk rörlighet medför att vården i ökad utsträckning kan komma att samarbeta med kommuner/stadsdelar/andra vårdgrannar som ligger utanför det omedelbara närområdet.

Med den politiska ambitionen att öka mångfalden i vården kommer också valfriheten att kunna öka.

### *En kunskapsbaserad vård*

Den snabba kunskapsutvecklingen om biologiska, psykologiska mekanismer samt psykosociala stödsystem leder till nya mer specifika behandlingsmetoder. En viktig uppgift för vården är därför att tillvarata, implementera och erbjuda patienterna dessa effektiva metoder. Vården ska också redovisa behandlingsresultat genom representativa kvalitetsindikatorer och utfallsmått i öppna kvalitetsredovisningar tillgängliga för befolkning, patienter och uppdragsgivare.

### *Forskning, kompetensförsörjning och metodutveckling*

En förutsättning för en positiv utveckling är att personalförsörjningen kan säkerställas där kvalificerad forskning, utbildning, kvalitetssäkring och individuellt kompetensutveckling är av strategisk betydelse. Det krävs en förfinad struktur och länsövergripande samordning för specialistutbildning och fortbildning. Ny kunskap ger grund för mer specifika och effektivare behandlingsmetoder. Patienters risk att skada andra inom ramen för sin störning eller sjukdom är en fråga som skiljer den psykiatriska vården från andra

---

<sup>11</sup> Behov av hälso- och sjukvård i Stockolms läns utifrån ett befolkningsperspektiv, HSN-förvaltningen, juni 2007.

sjukvårdande verksamheter. Metoder för att förutsäga våldsrisk och förhindra våld behöver därför finnas.

### *Konsultationspsykiatri*

Medan konsultationsverksamheten gentemot primärvården är en självklar del av närsjukvårdskonceptet finns behov av att utveckla psykiatriska konsultationer gentemot andra vårdgrannar. Det finns anledning att anta att det finns ett ej tillgodosett, behov av konsultationer gentemot de akutsomatiska sjukhusens avdelningar och mottagningar.

### *Ett differentierat vårdutbud*

Ett differentierat vårdutbud behövs med tillgång till akut omhändertagande samt en effektiv öppen- och heldygnsvård, anpassad till olika patientgruppers behov. Haldygnsvård ska vara ett sista alternativ när öppenvård inte är tillräckligt. Särskilt angeläget är att differentieringen i heldygnsvården ökar så att patienter med olika behov på vårdmiljö inte blandas och att vårdavdelningarna blir mindre.

## Vårdbehov att särskilt beakta i beställningar och uppföljningar

### *Affektiva sjukdomar*

Ouppfyllda vårdbehov i form av bedömning och behandling finns sannolikt hos personer med affektiva tillstånd med olika svårighetsgrad varför både primärvård och den psykiatriska vården berörs.

Övergången mellan barn- och ungdomspsykiatri och den vuxenpsykiatriska vården behöver förbättras. Behovet är särskilt påtagligt när det gäller ungdomar med bipolär affektiv sjukdom.

### *Beroendesyndrom och samtidig annan psykisk sjukdom*

Insatserna från alla inblandade aktörer måste vara integrerade genom ett samarbete på alla nivåer - från case-manager via läkare, sjuksköterska, socionom, terapeut, heldygnsvård och akutverksamheter upp till mellanchefer och verksamhetschefer. En förutsättning för att enrollera patienterna är att samarbetet är bindande mellan berörda organisationer.

### *Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar*

Denna grupp har i mycket låg grad haft kontakt med den psykiatriska vården och här finns sannolikt stora ouppfyllda vårdbehov, vilket förstärks av nuvarande köer till utredning och behandling. Behov av kognitiva hjälpmedel (s.k. begåvningsstödjande insatser) ökar. Behoven har synliggjorts i vårduppdrag 2008 genom kvantifiering av neuropsykiatriska utredningar. Utredningarna stöds också särskilt genom ersättningen.

### *Psykiskt störda lagöverträdare*

Den rättspsykiatriska vården, s k LRV-vård skiljer sig i många avseenden från övrig psykiatri och annan sjukvård och utgör ett eget medicinskt specialitetsområde. Behandlingen bedrivs alltid i det etiska konfliktområdet mellan autonomi för patienten och skyddsaspekten för närstående och samhälle. Patientgruppen har ofta flera samtidiga svåra psykiatriska sjukdoms- och störningstillstånd vilka kräver till målgruppen särskilt anpassade evidensbaserade metoder och vårdmiljö. Som en konsekvens av identifierade brister och förslagen från Nationell psykiatrisamordning finns det anledning att skapa en särskild sammanhållen vårdstruktur kring den rättspsykiatriska vården i Stockholms län. Genom att frikoppla den rättspsykiatriska vården från det vanliga psykiatriska klinikåtagandet kan ökad fokus läggas på vårdens innehåll och kvalitet, samt samordning och kopplingen till FoUU stärkas.

### *Ungdomar och unga vuxna*

Med en ökande befolkning i dessa åldersgrupper behöver detta vårdområde utvecklas. Det är mycket angeläget med målgruppsanpassad tillgänglighet till snabb diagnos och behandling. En mycket allvarlig observation är att självmorden

bland unga ligger kvar på en alltför hög nivå och alltså inte följer den nedgång som noterats bland vuxna.

### *Utvecklingsstörning*

Inom den psykiatriska vården krävs bättre kunskap och tid för att möta patienter som har varaktiga funktionshinder. För vuxna personer med utvecklingsstörning finns svårigheter att komma i kontakt med den psykiatriska vården. Svårigheter har påtalats för personer med autism i kombination med utvecklingsstörning att få adekvat hjälp. Samverkan kan förbättras i de fall då det uppstår skilda uppfattningar om ansvar eller då det finns en oklar rollfördelning mellan habilitering, primärvård och psykiatri om vem som har vårdansvaret eller vem som ska bistå med hjälpmedel. Bättre kognitiv tillgänglighet till vården behövs, exempelvis lättläst information. För unga personer med mental retardation finns sannolikt svårigheter i övergången mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

### *Ångestsjukdomar*

Ouppfyllda vårdbehov finns hos personer med Ångestsyndrom som kräver psykiatrisk kompetens vid behandling, men denna kunskap kan givetvis även finnas inom primärvården. Att överhuvudtaget få behandling är svårt vittnar företrädare för patient- och anhörigföreningar om. Det finns bl a behov av kvalificerad hjälp vid tvångssyndrom. Mot bakgrund av att endast en begränsad del av patienterna söker och får professionell hjälp och att det går alldeles för lång tid mellan sjukdomsdebut och behandling bör ett utökat vårdutbud övervägas för att erbjuda den effektiva behandling som numera finns att tillgå.

### *Äldre*

Med en åldrande befolkning med ökande behov av psykiatrisk vård och eftersatta behov behöver den psykiatriska vården för äldre utvecklas. Särskilt angeläget är att det finns anpassad heldygnsvård för äldre. Gruppen äldre är en påtagligt underrepresenterad grupp inom den psykiatriska vården och den behöver utvecklas när det gäller depressionsbehandling, suicidprevention, farmakologisk behandling och samtidig somatisk sjuklighet. Vården kräver nära samverkan med primärvård, geriatrik och kommuner. Såväl behandling som omvårdnad kräver ett differentierat utbud.

Särskilda problem rör grupperna äldre med kronisk psykossjukdom, missbruk och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, personlighetsstörningar och komplexa vårdbehov.

Patienter med demenssjukdomar finns vanligtvis inom geriatrik, primärvård och kommuner och den psykiatriska vårdens roll är oftast konsultation och stöd när demenssjukdomen kompliceras med psykos/depression och beteendestörning.

## Andra uppmärksammade brister

Under arbetets gång har några ytterligare behovsområden påtalats som inte omedelbart går att värdera med avseende på hur stora behov som finns och om ett utökat vårdutbud är aktuellt. Förvaltningen avser att följa upp och analysera dessa påtalade brister.

- Behov av ett särskilt vårdutbud för patienter med psykisk sjukdom och **hjärnskada**.
- Behov av förbättrad vård påtalas för patienter med flera och **komplexa vårdbehov** utifrån en blandning av suicidalitet, självskadebeteende, missbruk, ångestsjukdom eller bipolär sjukdom.
- Behov av särskilt vårdutbud för **nyförlösta mödrar** som har psykisk sjukdom.
- Behov av särskild heldygnsvård för **nyinsjuknade** patienter oavsett diagnos.
- Personer med allvarlig **personlighetsstörning** ställer särskilda krav på vårdens utformning. Exempelvis har patienter med borderlineproblematik beskrivits som svårbehandlade eftersom sedvanliga behandlingsstrategier inte har effekt.
- Bättre vård för **unga med psykisk sjukdom och missbruk** behövs.

## Äldre

När det gäller äldre påtalas behovet av ett särskilt vårdutbud för utagerande äldre patienter med demenssjukdom och beteendestörning, framförallt frontallobsdemens.

⇒ Förvaltningen bör analysera omfattningen av vårdbehov och vårdutbud för äldre, och återkomma med förslag. Fokusrapporten "Äldrepsykiatri i SLL" ska vara vägledande samt synpunkter inhämtas från Äldreberedningen.

## Utgångspunkter för den psykiatriska vårdens framtida struktur

I detta avsnitt redovisas några viktiga utgångspunkter som ligger till grund för förvaltningens förslag på framtida struktur.

- ⇒ Vårdstrukturen bör utformas så att
- vård ges på lika villkor och utifrån behov över länet – geografiskt och innehållsmässigt.
  - tillgängligheten ökar
  - för patienterna viktiga vårdprocesser tillgodoses utan onödiga avbrott varken inom den psykiatriska vården eller gentemot vårdgrannar.

### *Vårdprocesser*

Syndrombaserade vårdprocesser synliggör två betydelsefulla dimensioner i vårdens utförande, dels de olika vårdformer som behövs dels behovet av samarbete med vårdgrannar. En vårdprocess innehåller minst tre faser: bedömning och diagnos, behandling samt resultatuppföljning.<sup>12</sup> Övergångarna mellan faserna är inte alltid tydliga eftersom de sociala och psykosociala villkor under vilka patienten lever påverkar hur processen framskrider. Andra faktorer som kan spela in i patientens återhämtning är vårdmiljöns utformning och länkning till vårdgrannar m m.

### *Enkla och komplexa vårdprocesser*

För att bestämma vilka vårdprocesser som olika vårdtjänster ska innehålla behöver man beakta hur komplexa vårdprocesserna är för olika patientgrupper. Ju fler olika typer av vårdformer<sup>13</sup> som behövs, med behov av logistik dem emellan, och intensivare samarbete med vårdgrannarna – desto mer komplex är vårdprocessen. Vård av patienter med psykosjukdom, bipolära syndrom, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, beroendesjukdom i kombination med annan psykisk sjukdom, unga med självskadebeteende samt äldre innebär vanligen de mest komplexa vårdprocesserna.

För svår depression och bipolära syndrom är utredning och vårdprocesser många gånger komplexa och kräver olika former av öppen- och heldygnsvård men även möjlighet till akut- och tvångsvård. Vård för lätt och måttlig depression sker i

---

<sup>12</sup> En fyllig diagnostik ska förutom själva sjukdomsgraden också beakta personliga och omgivande omständigheter och somatisk sjuklighet och spelar in vid val av behandlingsstrategi. Begreppet behandling avser en mängd åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Ex v förebyggande insatser, läkemedelsbehandling, omvårdnad och rehabilitering

<sup>13</sup> Vårdformer innebär primärt öppenvård och heldygnsvård men här avses även de varianter på som kan finnas såsom hembesök, akutvård, tvångsvård, en lågintensiv heldygnsvård och sedvanlig heldygnsvård.

regel i enkla vårdprocesser som kan hanteras i primärvården. Även vid olika former av ångestsyndrom kan vårdprocesserna vara såväl enkla som komplexa.

En majoritet av patienter i behov av komplexa vårdprocesser kommer med största sannolikhet även i fortsättningen behöva och vilja få sin vård i geografisk närhet till hemort/bostad och kommunens olika stödinsatser.

### *Sammanhållna vårdprocesser*

För att bestämma vilka vårdprocesser som olika vårdtjänster ska innehålla behöver man även beakta

- behovet av att hålla samman/samordna flera vårdprocesser, d v s logistiken kring patientens olika insatser och vårdformer samt
- förekomst av samsjuklighet, d v s många patienter har fler än en psykiatrisk diagnos.

Vid beslut om avtalsobjekt behöver fördelar, ex v en ökad mångfald, med separat öppenvårdsverksamhet eller högspecialiserade mottagningar vägas mot de nackdelar som uppstår för patienter vid en fragmenterad vårdprocess och att ansvaret för patientens hela behov av psykiatrisk vård splittras på flera vårdproducenter.

### *Akutvård*

Akut tillgänglighet måste säkerställas dygnet runt på ett kostnadseffektivt sätt. Organisation av akutverksamheter, framförallt utanför kontorstid, kan ske på olika sätt utifrån en sammanvägning av närhet, tillgänglighet, säkerhet och samverkan, framförallt med somatisk akutsjukvård. Flera aspekter av hur det akuta omhändertagandet ska utformas behöver besvaras. Vilka vårdbehov ska tillgodoses av primärvård och somatik? Hur ska jourverksamheter byggas upp utanför kontorstid? Vilka insatser kan göras lokalt av jourmottagningar mobila team m m? Vad kan göras vid en länsövergripande akutfunktion respektive i den lokala vården? Behovet av närhet till differentierad psykiatrisk och akut somatisk heldygnsvård behöver också belysas. Akutvårdens framtida struktur utreds f n i särskild ordning och ingår därför inte i denna rapport.

### *Tvångsvård*

Med LRV exkluderad utgör LPT ca 35 % av alla vårdplatser.

Huvudregeln enligt gällande lagstiftning är att tvångsvård är en fråga för det allmänna – den ska beslutas av en offentligt anställd och ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun. Om det finns synnerliga skäl får regeringen bestämma att vård får ges även på annan vårdinrättning. Dispenser kan endast avse vård av en särskild patient. Dispensbestämmelsen tillkom i syfte att på ett enskilt vårdhem kunna bereda vård åt personer som är så vårdkrävande att annan vårdmöjlighet i praktiken saknas.

En revidering av tvångsvårdslagarna förbereds inom regeringskansliet bl a för att tillåta öppenvård med tvång. I och med gällande lagstiftning är tvångsvården ej aktuell för upphandling.

### *Heldygnsvård*

En betydande del av heldygnsvården sker med tvång. För enskilda patienter kan en och samma vårdepisod skifta mellan frivillig och tvångsvård vilket av patienthänsyn ställer särskilda krav på att övergångarna är smidiga och vårdprocessen upplevs som en helhet. Brister inom heldygnsvården när det gäller omvårdnad och bemötande, mindre avdelningar och vårdmiljön bör prioriteras framför att skapa fler avdelningar med samma struktur som idag.

- ⇒ Beställaren kvantifierar och anpassar beställningarna av heldygnsvård utifrån behov. Uppdragen till vårdproducenterna kvantifieras i antalet vårdtillfällen eller vårddygn.
- ⇒ Heldygnsvården ska bli mer differentierad och mer målgruppsanpassad.



## Förslag till framtida vårdstruktur och avtalsområden

### Alla psykiatriska vårdtjänster

För alla vårdproducenter gäller att tillhandahålla ändamålsenliga vårdformer och effektiva vårdprocesser utifrån givet uppdrag och de behov som uppdragets målgrupper har. Vårdproducenterna organiserar vårdprocesserna utifrån krav på sammanhållning, ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet. Organiseringen ska stödja en effektiv samverkan med patienter, närstående och vårdgrannar.

De har även konsultansvar gentemot vårdgrannar. Akuta konsultuppdrag knyts till vårdproducent som bedriver heldygnsvård och tvångsvård.

### Vårdtjänster kombinerat med lokalt geografiskt ansvar

Den områdesbaserade vårdstrukturen kan enligt förvaltningens bedömning bäst tillgodose de krav som finns på sammanhållna vårdprocesser och ansvar för icke autonoma patienter. I kontakterna med olika sakkunniga har den strukturen också förespråkats som viktig att behålla. Vi saknar dessutom kunskap som talar mot modellen utifrån nytta för patienter och vårdgrannar.

#### *Icke autonoma patienter*

En del personer som har en allvarlig psykisk sjukdom söker inte hjälp av den psykiatriska vården, de undviker kontakt och tar i bästa fall kontakt med socialtjänst eller primärvård. Vikten av uppsökande verksamhet för patienter som saknar sjukdomsinsikt är kanske en av den psykiatriska vårdens viktigaste och samtidigt svåraste uppgifter. För dessa individer är inte ett valfrihetssystem tillämpligt utan en ansvarig vårdproducent måste svara för uppsökande insatser, vara dialogpart med andra huvudmän kring individer i befolkningsområdet som tillhör den psykiatriska vårdens målgrupp samt initiera beslut om tvångsåtgärder.

#### *Vårdtjänsten*

Det behöver finnas en tydlig ingång för vårdsökande och vårdgrannar till en psykiatrisk vårdproducent med ansvar att psykiatriskt bedöma och vägleda till rätt instans i hälso- och sjukvårdssystemet i de fall behandlaransvaret inte ligger hos vårdproducenten. För att förhindra att patienter utsätts för olämplig hänvisning och därmed blir ingens ansvar ska den psykiatriska vården behålla patientansvaret till dess nästa vårdinstans tar över.

För patientgrupper med stora och omfattande behov är det särskilt viktigt att vårdinsatserna samordnas inom den psykiatriska vården och gentemot vårdgrannar samt är stabila under lång tid. Helhetsperspektiv och rehabilitering är fokus och att den enskilde patienten upplever kontinuitet i såväl tid som rum och i behandlarkontakt. Effektiva vårdprocesser måste därför kunna erbjudas för samtliga psykiatriska sjukdomssyndrom såvida inte vårdansvaret finns hos annan

vårdproducent enligt avtal med beställaren. Differentierade vårdformer i såväl öppen- och heldygnsvård ska också erbjudas som är anpassade till olika målgruppers behov. Tvångsvårdens krav på offentlig driftsform innebär att en ökad mångfald med privata vårdproducenter begränsar möjligheterna att hålla samman vårdprocesser. Klinikernas befolkningsunderlag varierar idag mellan 80 000 och 325 000 invånare.

⇒ Vårdtjänster ska erbjudas över hela länet och vara kombinerat med ett lokalt geografiskt ansvar.

### Länsövergripande vårdtjänster

Förutom en lokal psykiatrisk vård behöver det även i fortsättningen finnas högspecialiserade verksamheter som är länsövergripande alternativt länsdelsövergripande. Förvaltningen föreslår två sådana nya vårdtjänster

#### *Rättspsykiatrisk vård*

Ett kvalificerat omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare utgör väsentliga argument för att rättspsykiatrisk vård bör bedrivas så samlat som möjligt, professionellt och organisatoriskt. Dels för att de tidigare beskrivna särskilda vårdaspekter inte ska tillåtas försvinna inom den lokala psykiatriska vårdens praxis och organisation och dels för att möjliggöra fokusering på specifika sjukdoms- och säkerhetsaspekter, koppling till FoUU och uppföljning.

⇒ Den rättspsykiatriska vården bör övergå till att vara en sammanhållen högspecialiserad vårdtjänst.

⇒ Beställning av rättspsykiatrisk vård föreslås fr o m 2009 göras hos SLSO som en länsövergripande högspecialiserad verksamhet som är samlad hos en vårdproducent.

#### *Ökat vårdutbud*

Som tidigare konstaterats finns stora vårdbehov när det gäller ångestsjukdomar och affektiva tillstånd. Vården av vissa ångestsjukdomar kräver särskild kompetens som ännu inte kan förväntas finnas inom primärvården. När det gäller affektiva tillstånd är vårdbehoven sannolikt av varierande svårighetsgrad som behöver kunna tillgodses bättre inom såväl primärvård som inom den psykiatriska vården. En länsövergripande psykiatrisk mottagning finns för ångest och depressionssjukdomar i norra länet.

⇒ Psykiatrisk öppenvård för patienter med ångest och/eller depressionssjukdomar erbjuds som ett komplement till den lokala psykiatriska vården och till patienter som inte är i behov av den lokala psykiatriska vårdens hela vårdutbud. Vid bedömningen av lokalisering bör länsdelen söder om Slussen prioriteras.

## Förslag för att säkerställa önskvärd utveckling

En positiv utveckling av vården kan stimuleras genom ökad konkurrens, beställaruppföljningar och ett effektivt ersättningssystem, samtliga metoder som inte berörs i rapporten. Därutöver föreslås i det följande ytterligare några olika sätt för att stödja utvecklingen.

### Vision och inriktningsmål

Visioner fungerar som kompass som bör gälla över en längre tid än en mandatperiod. En bred politisk uppslutning behövs därför kring en bra vision. De övergripande handikappolitiska målen för samhällets insatser till personer med psykiska funktionshinder är desamma som gäller inom alla samhällssektorer. Detta innebär att insatserna ska leda till full delaktighet i samhällslivet, jämlikhet i levnadsvillkor och bidra till en samhällsgemenskap med mångfald som grund. Begreppen vision och mål ligger nära varandra och det som främst skiljer dem åt är graden av långsiktighet och konkretisering. Bra inriktningsmål ska kunna konkretiseras, mätas och vara uppföljningsbara och för detta ändamål ska SLL's leverantörsuppföljningsmodell för hälso- och sjukvård användas.

- ⇒ Hälso- och sjukvårdsnämnden bör med eget aktivt deltagande och om så önskas med stöd av förvaltningen, utarbeta en värdegrundsbaserad vision för den vuxenpsykiatriska vården.
- ⇒ Följande inriktningsmål bör operationaliseras vid beställningar och uppföljningar, med möjlighet till senare omprövning av nämnden.
  - Den psykiatriska vården
    - erbjuds utifrån behov och gällande prioriteringar
    - tillhandahåller vård på lika villkor.
  - Patient och närstående
    - känner till vilka möjligheter som finns till stöd och hjälp
    - har inflytande på, är delaktiga och kan påverka utformningen av sin vård.
    - sätter stort värde på och har stor nytta av vården
  - Patient får vård
    - i rätt tid med minimala väntetider
    - som är kunskapsbaserad, säker och effektiv.
    - som är samordnad i tiden och med vårdgrannar p g a olika medicinska, sociala problem och behov
  - Den psykiatriska vården
    - redovisar resultaten av insatserna
    - är kostnadseffektiv.
    - erbjuder ett målgruppsanpassat vårdutbud

## Valfrihet

- ⇒ Valfrihet att välja vårdproducent ska gälla även i fortsättningen och omfatta de flesta patientgrupper. Möjligheten för patienter att välja behandlare inom öppenvården ska i största möjliga utsträckning tillgodoses. Patientens rätt till valfrihet kan behöva begränsas av starka medicinska skäl och vid tvångsvård.
- ⇒ Förvaltningen återkommer till nämnden med förslag på preciserade valfrihetsregler.
- ⇒ Informationen och kunskapen om valfrihetsreglerna inom den psykiatriska vården ska öka.

## Brukarinflytande

Ett brukarperspektiv kan bäst ses och uttryckas av brukarna själva eller deras närstående. Deras erfarenheter behöver därför identifieras och tas tillvara för att utveckla den psykiatriska vården. I enlighet med föreslagna inriktningsmål ska de personer som berörs av en tjänst ges möjlighet att ha inflytande över hur den utformas. Brukarinflytandet behöver utvecklas långsiktigt och systematiskt. Exempel på producentnära ökat inflytande är att stödja patienter att vara delaktiga i sin vård och aktivt välja behandlingsmetoder med vetenskapligt stöd, erbjuda patient- och anhörigutbildning, ha former för ”konsulter i vården” (t ex att brukare deltar i utbildning för personalen), ha brukarråd/förtroenderåd eller motsvarande.

Brukarflytande är inte okontroversiellt. Kritikerna påpekar att brukarinflytande kan leda till en otydlighet om vem som fattar beslut, vilket försvårar möjligheten att utkräva ansvar. Ansvar för kliniska eller parlamentariska beslut kan aldrig delegeras. Tydliga ramar, syfte, metoder och omfattning för brukarinflytande är därför viktigt. Exempel på ett ökat beställarnära inflytande är brukarråd tillsammans med politiker och tjänstemän, deltagande i utredningar, interna kompetensutvecklingar samt att regelbundna sammankomster sker mellan politiker, brukare och vårdgivare för ökad kunskap och utveckling

- ⇒ Vårdproducenternas uppdrag ska mer konkret reglera brukarinflytandet.
- ⇒ Förvaltningen inbjuder brukarrepresentanter till ett ökat beställarnära inflytande.

## Samverkan och samordning i vårdsystemen

Några av den psykiatriska vårdens patienter behöver samtidiga insatser från kommuner eller andra vårdgrannar som t.ex. primärvård, barn- och ungdomspsykiatri eller beroendevård m fl. För många patienter/klienter med sammansatta sjukvårdsbehov är det nödvändigt att samarbetet inom varje huvudman och mellan huvudmännen fungerar väl. För att säkerställa att berörda verksamheter kan ge den vård och det stöd som patienten/klienten behöver och minimera risken för återfall behöver villkor och former för långsiktiga samarbetsformer finnas. Samarbetet kan gälla personer med psykiska funktionshinder och psykiska sjukdomar och där samarbetet inte täcks av Missbrukspolicyn eller BUS-policyn. Exempel på områden där åtaganden och samverkansformer behöver preciseras är insatser och samarbetsformer kring olika

målgrupper ex v ungdomar/unga vuxna, äldre, patienter som vårdas enligt tvångslagstiftning, rehabilitering, personer som erhållit bistånd, ex v särskilt boende, minderåriga barn till psykiskt sjuka, förebyggande insatser samt gemensamma uppföljningar.

- ⇒ SLL tar initiativ till att mellan SLL och KSL utarbeta en gemensam policy som grund för samarbetsformer och rutiner kring samverkan.
- ⇒ Förvaltningen tydliggör konsultationsansvar, vårdansvar för och samverkan kring patienter med psykisk sjukdom i vårduppgifterna för landstingets hälso- och sjukvård. Exempel på områden:
  - Olika former av psykisk sjukdom och somatisk vård (Vuxenpsykiatrisk vård och Primärvård)
  - Beroendesyndrom och samtidig annan psykisk sjukdom. (Vuxenpsykiatrisk vård och Beroendevård)
  - Äldre med psykiatriska sjukdomar med och utan demenssjukdom. (Vuxenpsykiatrisk vård, Geriatrik, Primärvård)
  - Utvecklingsstörning. (Vuxenpsykiatrisk vård och Habilitering)
  - Ungdomar och unga vuxna bl a när det gäller affektiva sjukdomar. (Vuxenpsykiatrisk vård och BUP)
  - Utslussning från rättspsykiatrisk vård till den psykiatriska vården.

## Kunskapsbaserad beställning av psykiatrisk vård.

### *Metodutveckling kring beställning och uppföljning*

Ett intressant område för fortsatt kunskapsutveckling är att utveckla en forskningsbaserad samverkan mellan de tre kunskapsfälten forskning – psykiatrisk praktik och beställning av psykiatrisk vård för att stimulera en ömsesidig kunskapsgenererande struktur och kunskapsbaserade beställningar. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har på uppdrag av landstingsstyrelsen och ledningsgruppen KI/SLL i samarbete med KI bildat en sammanhållen producentoberoende FoUU-organisation för den psykiatriska vården. Verksamheten ska överbygga traditionella gränser inom psykiatrisk forskning och vård och utveckla samband med olika institutioner inom och utanför KI.

- ⇒ Ett samarbete föreslås initieras mellan förvaltningen och FoUU-organisationen i SLSO, MMC (KI) och brukarorganisationerna.

## Identifierade ersättningsfrågor att överlämnas till delprojekt 3 – ersättningssystem

Inom ramen för delprojekt 1 har ett antal problem uppmärksammats som överlämnas till delprojekt 3.

- Stimulera valfrihet.
- Stimulera tillgänglighet och samverkan som de komplexa vårdprocesserna kräver.
- Stimulera vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå (ex v telefon och Internet)
- Stimulera samverkan
- Stimulera att patienter inte ”faller mellan stolarna” p g a att delat ansvar i praktiken innebär ingens ansvar. Problemen måste lösas och kan ske genom att vårduppgifterna definieras bättre men också genom ett mer effektivt ersättningssystem.
- Incitament bör skapas för att främja en nödvändig utveckling av de psykiatriska konsultationsinsatserna. Exempelvis genom ersättning per patientbesök/konsultation eller med ett fast abonnemang av psykiatriska tjänster till en mottagning eller avdelning samt att den psykiatriska vården och primärvården kan träffa patienten samtidigt
- Kontinuitet behöver säkras genom att specialiteterna inom BUP och den vuxenpsykiatriska vården smidigt hakar i varandra. Trots att respektive part har sitt huvudsakliga ansvar för individer under respektive över 18 år så måste åldersgränsen kunna tillämpas flexibelt. Eftersom det ekonomiska ansvaret hittills strikt följt åldersansvaret så har flexibiliteten försvårats.
- Ersätt för uppnådda behandlingsresultat