



# Verksamhetsberättelse 2014

Psykiatri och habilitering

Januari 2015



LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsdirektören

## Verksamhetsberättelse 2014

Psykiatri och habilitering överlämnar härmed verksamhetsberättelse 2014.

Information i fackliga samverkansgruppen sker den 25 februari 2015.

Psykiatri och habilitering som ovan



Tina Möller  
Förvaltningschef

# Innehållsförteckning

1 Sammanfattning .....	5
2 Målområde - En god hälso- och sjukvård samt insatser för en bättre folkhälsa .....	7
2.1 Jämlik hälso- och sjukvård.....	7
2.1.1 Prioriteringar – vårdens svåra val.....	8
2.2 En bättre folkhälsa ska avspeglas i en ökad jämlik hälsa .....	10
2.3 Patientens och medborgarens förtroende och medverkan .....	13
2.3.1 Nationell Patientenkät .....	13
2.3.2 Delaktighet - Behandlings-/habiliteringsplan.....	16
2.4 Tillgänglig hälso- och sjukvård.....	17
2.4.1 Tillgänglighet .....	17
2.4.2 Bemötande .....	19
2.5 Ändamålsenlig och säker vård.....	19
2.5.1 Patientsäker vård.....	20
2.5.2 Kvalitetsarbete .....	21
2.5.3 God vård genom väl fungerande processer .....	23
2.5.4 Ändamålsenlig hälso- och sjukvård genom systematiska förbättringar .....	23
2.5.5 Kvalitet och effektivitet i sjukskrivningsprocessen .....	24
2.6 Samverkan .....	25
2.7 Verksamhetsrapport .....	26
2.7.1 Vuxenpsykiatri .....	26
2.7.2 Barn- och ungdomspsykiatri.....	28
2.7.3 Habiliteringen.....	29
2.7.4 Verksamhetsstatistik med kommentarer och analys.....	30
2.7.5 Vård inom länet.....	30
2.7.6 Tvångsvård.....	34
2.7.7 Vård utanför länet .....	35
2.7.8 Asylsökande .....	35
3 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer .....	36
4 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter .....	37
4.1 Uppföljning av förvaltningens mål.....	37
4.1.1 Rätt till heltid .....	38
4.1.2 Samverkan .....	38
4.1.3 Kompetensförsörjning.....	38
4.1.4 Medarbetarengagemang.....	39
4.1.5 Intern kommunikation.....	39
4.2 Personalstatistik .....	39
4.3 Nyttjande av inhyrda respektive arvoderade läkare samt inhyrda sjuksköterskor avseende perioden 1 januari – 31 december 2014.....	40
4.4 Arbetsmiljö.....	41
4.5 Viktiga händelser inom personalområdet samt arbete med kostnadskontroll .....	42
5 Målområde - En stabil ekonomi för hållbar kostnadsutveckling .....	43
5.1 Uppföljning av förvaltningens mål.....	43
5.1.1 Genomgång förskrivningsmönster.....	45
5.1.2 Budget i balans .....	45
5.1.3 Nettokostnadsutvecklingen .....	45
5.1.4 Personalkostnadsutvecklingen.....	45
5.2 Investeringar i lokaler och utrustning .....	46
5.3 Prognossäkerhet 2014.....	46
6 Övriga strategiska satsningar .....	47

6.1 Barn- och ungas psykiska hälsa .....	47
6.2 Rehabiliteringsgarantin .....	47
6.3 Projektredovisning - PRIO .....	47
6.4 Kris- och katastrofberedskap .....	47
7 Analyser, slutsatser och framåtblick .....	48
7.1 Samlad analys av måluppfyllelse.....	48
7.2 Framåtblick – möjligheter och risker .....	48
Bilaga 1 Redovisning av behov och utmaningar inför 2015 .....	50
Bilaga 2 Kvalitetsindikatorer .....	55
Bilaga 3 Verksamhetsstatistik vård dagar, besök samt vård utanför länet.....	71
Bilaga 4 FR 6:1 Personalstatistik.....	76
Bilaga 5 FR 6:2 Inhyrd personal .....	82
Bilaga 6 FR 1 Resultatrapport .....	83
Bilaga 7 FR 4 Prognosförklaring.....	84
Bilaga 8 FR 7 Investeringsrapport .....	86

# 1 Sammanfattning

Den psykiska ohälsan ökar i samhället. Särskilt bland unga människor är det mer påtagligt än inom andra åldersgrupper. Antalet självmord i befolkningen ligger relativt konstant men har ökat markant i åldersgruppen 19 – 23 år. Sjukskrivning för psykisk ohälsa ligger högt i jämförelse med andra sjuk-skrivningsområden och har hög ökningstakt. Den psykiska ohälsan i Blekinge märks tydligt genom tillströmning av unga människor med behov med komplex problematik och med stort behov av stöd, inte enbart från psykiatri/habiliteringen utan från flera olika aktörer inom och utom landstinget. Den psykiska ohälsan är ett samhällsproblem som måste åtgärdas. Det krävs att alla instanser tar ansvar och samverkar för dagens unga människor och morgondagens.

Under året har förvaltningen arbetat aktivt med att skapa verkningsfulla aktiviteter för unga patienter, inom mellanvården och inom programmet Liv i Livet samt tillsammans med länets kommuner inom projektet Kultur och Hälsa. Satsningarna innehåller även aktiviteter inom konst, dans samt andra hälsofrämjande aktiviteter.

Flera verksamheter har genomfört omfattande utvecklingsarbeten under året. Den 1 april genomfördes ett stort verksamhets- och kvalitetsutvecklingsarbete inom vuxenpsykiatri som innebar omfördelning av resurser från heldygnsvård till öppen vård i syfte att förbättra stödet till patienter med störst behov. Efter nio månaders verksamhet upplevs genomförda förändringar ha gett avsedd verkan. Satsningen ligger helt i linje med en professionell och tillgänglig psykiatri. Det är första gången, efter många år av besparingar, som utvecklingsarbete har kunnat genomföras utan krav på kostnadsreduktion. Fokus på verksamhets-, kvalitets- och kompetensutveckling har engagerat medarbetarna och fört verksamheten framåt. Processen känns stabil och förväntas hålla i och ge arbetsro även framöver.

En hög tillströmning av nya patienter (ca 14 nya patienter per dag) med oftast mycket tung problematik och brist på läkare leder till en svår situation för medarbetarna som påverkar arbetsmiljön och patientsäkerheten. Trots högt arbetstryck uppnås hög sjukvårdsproduktion, mycket god tillgänglighet, hög grad av kontinuitet samt omfattande intern och extern samverkan. Både barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri har bäst tillgänglighet i landet! Habiliteringen klarar de nationella kraven på tillgänglighet, vårdgarantin. Verksamheterna har både låg andel tvångsvård och tvångsåtgärder ur ett nationellt perspektiv vilket tyder på god kvalitet i verksamheten till gagn för patienterna.

Läkarsituationen är sedan flera år tillbaka ansträngd med stort vakansläge, så även detta år. Förvaltningen har haft stort behov av hyrläkare vilket medfört höga kostnader. Svårigheter att rekrytera psykiater och habiliteringsläkare är ett stort nationellt problem. I slutet av året har fyra nya psykiater rekryterats och en ST-läkare har blivit färdig psykiater, totalt tillskott på fem nya psykiater. Trots denna rekrytering är vakansläget vid årsskiftet runt 40-procentigt, vilket innebär brist på 10 överläkare inom vuxenpsykiatri och habiliteringen. Även behovet av ST-läkare är stort. Under året har det märkts att allt fler AT-läkare är intresserade att specialistutbilda sig inom psykiatri/barnpsykiatri, vilket är mycket positivt. Den långsiktiga lösningen på läkarsituationen är att anställa ST-läkare i den omfattning som verksamheten medger. För denna satsning saknas budgetmedel år 2014. Det krävs även kortsiktiga lösningar för att begränsa hyrläkarberoendet vilket måste ske genom att anställa överläkare. Förvaltningen genomför ständigt insatser för att kunna rekrytera överläkare. I detta arbete har det tydligt framkommit att löneläget i Blekinge för psykiater ligger lägre än i angränsade landsting. En situation som omöjliggör rekrytering. En lönestrukturförändring skulle medföra möjlighet att rekrytera vilket ger bättre patientsäkerhet,

bättre arbetsmiljö och inflyttning till länet som ger högre skatteintäkter. Finansieringen sker genom minskning av hyrläkarkostnaderna.

Genomförd nationell patientenkät inom barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri visar att patienterna är mycket nöjda. Resultatet av genomförd medarbetarenkät visar att HME-index ökat jämfört med förra mätningen. Detta är mycket positivt och ett kvitto på att genomförda förändringar i verksamheterna har skett på ett mycket bra sätt av förvaltningens chefer.

Neddragningar inom psykiatri och habiliteringen under flera år har resulterat i hårdare prioriteringar med risk för patientsäkerheten som följd. Blekingebornas behov av insatser har större volym än förvaltningen har personal och rätt kompetens för. Förvaltningen prioriterar direkt patientarbete. Målet är att en stor del av arbetstiden ska användas till direkt patientarbete. Målet leder till att många arbetsuppgifter som inte till sin karaktär är direkt eller indirekt patientarbete, minimeras.

Många år med minskad budget har dock medfört brist av resurser inom vissa områden, bl.a. fördjupade utredningar, kostnader för hjälpmedel, lagstiftning läkemedels- och dopningsmedelmissbruk, nationella riktlinjer sjukdomsförebyggande metoder, dietistresurser och ST-tjänster. Resursbrister som inte kan åtgärdas inom ramen för årets budget. Förvaltningen arbetar utifrån lojalitet, följer fattade beslut och att hålla sig inom tilldelad budget. Kan konstateras att det, i vissa avseenden, inte har varit ett framgångskoncept för förvaltningens patientgrupper. Vid hälso- och sjukvårdsnämndens möte i maj 2014 presenteras en PM med redovisning av förvaltningens behov och utmaningar – bilaga 1. Förvaltningens budget för år 2015 har utökats med 4,5 mkr för nya ST-läkare.

Förvaltningens ekonomiska mål är att hålla budgeten. Det målet når förvaltningen inte fullt upp till detta år utan visar ett underskott på minus 0,9 mkr. Underskottet kan främst hänföras till ökade hyrläkarkostnader och högre kostnader för utomlänsvård (LRV-vård - dömda patienter). Under året har landstingsfullmäktige godkänt ett överskridande av förvaltningens budget 1,1 mkr utifrån situationen med ökade kostnader. Förvaltningens resultat ligger inom ramen för fullmäktiges beslut.

## 2 Målområde - En god hälso- och sjukvård samt insatser för en bättre folkhälsa

### 2.1 Jämlik hälso- och sjukvård

*En hälso- och sjukvård som prioriterar de som har störst behov (LS/HSN)*

Förvaltningen har inget eget formulerat mål inom området, men arbetar ändå kontinuerligt med frågan.

Verksamheten har ett grundläggande förhållningssätt som innebär stor lyhördhet gentemot vad patienten har för hjälpbehov. Personer med psykisk ohälsa eller behov av habilitering ska ha samma tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet som övrig befolkning. Utbildningsinsatser är en viktig insats för att nå dit, både för egen och andra verksamheters personal.

Patienter med beroendeproblematik har under alla tider behandlats på ett dömande och lite styvmoderligt sätt. Förvaltningen har i och med bildandet av Beroendeenheten lagt grunden för en verksamhet med personal som har en annan syn på problemet och som ser till helheten. Detta hjälper dock inte fullt ut om/när övrig vårdverksamhet inte tänker på samma sätt. Detta är något som förvaltningen får fortsätta att arbeta med.

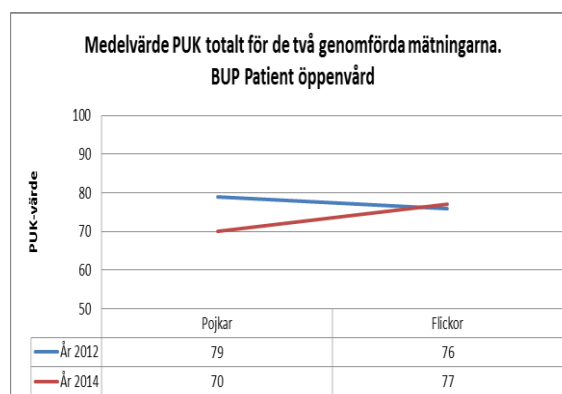
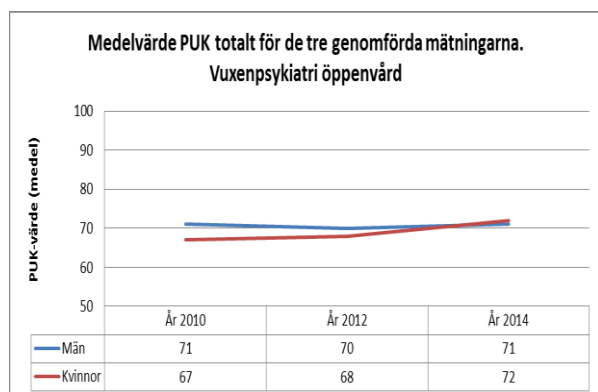
Inom förvaltningen finns det ett antal områden att arbeta vidare med. Vården är på pappret relativt lika över länet, men det förekommer ändå lokala skillnader. Exempelvis finns det olikheter i frekvens av sjukdomstillstånd som rimligen inte borde finnas. Frågor om skillnader i diagnostik uppmärksammas idag på ett annat sätt och därmed kommer en större samstämmighet att växa fram. Förklaringen till olikheterna är att enheter ser och bedömer symtom på olika sätt. Problemet är inte lokalt för Blekinge utan finns över hela landet. Utnyttjandet av de länsövergripande resurserna är heller inte lika inom länet. Den största skillnaden finns inom Ätstörningsenheten där majoriteten av patienterna kommer från Vuxenpsykiatri Öst och bara en mycket liten andel (11%) från Vuxenpsykiatri Väst.

Varje år mäts också ett antal kvalitetsindikatorer, som är framtagna inom förvaltningen. Ett område behandlar just jämlik vård. Här mäts t.ex. tiden mellan det att en patient skrivs ut från slutenvård tills uppföljning sker inom öppenvården samt resultatet från den nationella patientenkäten fördelat på män och kvinnor.

Vad gäller uppföljning efter slutenvård kan man se att kvinnor fortfarande får ett återbesök inom öppen vård något snabbare än män. För mätperioden 2012-2014 fick 69% av kvinnorna ett uppföljande besök inom 4 veckor medan männens resultat var 61%, dvs en skillnad på 8%. Skillnaden mellan könen ligger på samma nivå som för mätperioden 2011-2013 (för 2010-2012 var skillnaden 11%).

Om man ser till helheten i resultatet från den Nationella Patientenkäten, d.v.s. samtliga frågor i mätningarna, så finns inga stora könsskillnader inom vuxenpsykiatrin. Männens medelvärde totalt sett ligger stadigt kring 70/71, medan medelvärdet för kvinnorna har ökat relativt mycket och år 2014 för första gången är högre än männens. Mer detaljer kring resultatet kommer att finnas i den rapport kring förvaltningens kvalitetsindikatorer som tas fram varje år. Även inom barn- och ungdomspsykiatrin är årets totala resultat ganska lika mellan könen. Däremot finns både inom

vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri enskilda områden och frågeställningar att arbeta med.



Som ett ytterligare led i att säkerställa att vården bedrivs både jämställt och jämlikt, har ett antal vårdprogram arbetats fram och fastställts. Det betyder att vårdprogram kring suicid, ätstörningar, affektiva sjukdomar inkl ECT, demenssjukdomar samt behandling av missbruk och beroende finns tillgängliga på intranätet. Ytterligare ett antal vårdprogram är under utarbetande.

### 2.1.1 Prioriteringar – vårdens svåra val

I dagens läge brottas alla med problemet att det finns för många prioriterade patientgrupper, för många prioriterade arbetsuppgifter, för stora dokumentationskrav etc. Blekingemodellens prioriteringsordning är sedan tidigare översatt för att passa psykiatriens verksamhet som ett led i att säkerställa att vården prioriterar de som har störst behov. I dag tas alla högt prioriterade patientgrupper emot inom psykiatri och habiliteringen, det är gråzonerna som är det svåra. Den gällande prioriteringsordningen för vuxenpsykiatri är:

#### Ia Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av sjukdomar som utan behandling leder till invalidiserande tillstånd eller för tidig död

Omsatt till psykiatri blir detta:

##### Psykiska sjukdomar med överhängande självmordsrisk, ex

- Egentlig depression (med melankoli i DSM IV-TR)
- Vissa självmordsbenägna patienter
- Paranoida psykoser, drogpsykoser, schizofrena med imperativa hallucinationer, d.v.s. befallande röster som går i riktning mot suicid
- Psykiskt störda missbrukare
- Anorexia i akut skede

#### Ib Vård av svåra kroniska sjukdomar, vård av sjukdomar som medför nedsatt autonomi

Omsatt till psykiatri blir det

##### Svåra kroniska sjukdomar och lidande i form av ångest och oförmåga att fungera i socialt sammanhang. Sjukdomar som medför nedsatt autonomi, ex

- Långdragna psykotiska tillstånd, främst schizofreni



- b) Personlighetsstörningar – främst borderline – narcissistiska störningar, antisociala personlighetsstörningar, histrioniska personlighetsstörningar, paranoid personlighetsstörning, schizoid personlighetsstörning och schizotyp personlighetsstörning
- c) Bipolär sjukdom – förstämningssyndrom – och recidiverande depressioner
- d) Svåra ångesttillstånd, t.ex. tvångssyndrom
- e) Anorexi, bulimi i icke akut skede
- f) Läkemedels- och/eller alkoholmissbruk hos personer med olika slag av grundläggande psykiska störningar

## **II Habilitering, rehabilitering samt individriktad prevention**

Omsatt till psykiatri blir det

- a) Habilitering – rehabilitering av många patienter med psykosjukdom i icke akut skede eller med personlighetsstörning
  - b) Individriktad prevention med exempelvis litiumprofylax vid bipolär sjukdom – förstämningssyndrom – eller recidiverande depression
  - c) Kristerapi vid svåra kriser, vilket förebygger senare svårare psykiska besvär i form av depressions- och ångesttillstånd
  - d) Katastrofpsykiatriska insatser av alla slag
- 

## **III Vård av mindre svåra akuta kroniska sjukdomar**

Omsatt till psykiatri blir det

- a) Lindrigare depressions- och ångesttillstånd
- b) Krisreaktioner med lindrigare symtom hos relativt välfungerande personer

## **IV Gränsfall**

### **V Vård av andra skäl än sjukdom**

Inom verksamheten finns en övertygelse om att helhetstänkande ska vara grunden för verksamhetens utformning. I helhetstänkandets ingår att samtidigt se på diagnos, funktion, lidande, relationella aspekter och psykosocialt utanförskap, vilket ger en större säkerhet i hur resursfördelning ska göras mellan olika patientbehov. Helhetstänkande ger en säkrare grund än endast medicinsk diagnostik för hur man ska fördela sina resurser. Helhetstänkande innebär också att man inte blir styrd av olika diagnostiska eller behandlingstrender som kan blåsa i stormstyrkor genom verksamheten.

Som kraven ser ut på vården idag går förvaltningen tveklöst mot ett behov av snävare specialisering och hårdare prioriteringar. Detta kan redan i dagsläget innebära exempelvis att en patient inom psykiatri som i professionens ögon har en mindre livskris inte kommer att kunna erbjudas stöd. För patienten kan livskrisen ändå innebära stora problem och det finns ju även risk för att, när verksamheten inte kan ta emot patienten, misstag kan begås. Det finns ett oändligt behov inom alla patientkategorier och det är oerhört svårt att fördela resurserna för långsiktiga satsningar. Det innebär också att viktigt förbyggande arbete inte hinns med i den utsträckning som skulle vara önskvärt – detta kräver mer resurser än som finns tillgängliga idag.

Hela organisationen arbetar redan idag målmedvetet med att försöka bli klarare i sina prioriteringar och att kunna avsluta behandlingskontakter så att de mer akuta intensiva kristillstånden kan hanteras, liksom långsiktigt stöd till patienter med massiv psykosocial problematik i kombination med ett stort lidande. Ett gränssnittsdokument mellan psykiatri och primärvården finns för att säkerställa att inga patienter hamnar ”mellan stolarna”. Dokumentet i sig innebär också en form av prioritering. Viss väntelista till neuropsykiatriska utredningar finns inom vuxenpsykiatri. Inom barn- och ungdomspsykiatri tas alla prioriterade patientgrupper emot. Ibland tvingas man ändå till vissa prioriteringar som handlar om hur stora insatser som genomförs i olika ärenden. Ett område där resurser saknas är för förskrivning av hjälpmedel inom psykiatri. Behovet av hjälpmedel för patienter med neuropsykiatrisk problematik är något som ökar kontinuerligt, medan förvaltningen saknar både hjälpmedelsbudget, förskrivare och möjlighet till uppföljning av insatta hjälpmedel.

För habiliteringens del finns redan idag en del patientgrupper som inte kan behandlas fullt ut. Det rör sig främst om patienter som är i behov av dietist och som idag exkluderas från de resurser som finns inom landstinget trots att rätten till habilitering inte ska medföra att den enskilde inte får rätt till samma vård som övriga medborgare. Den hårdnande arbetsmarknaden och hög ungdomsarbetslöshet märks tydligt i habiliteringens patientgrupp med ökat stödbehov som följd. Personer med behov av stöd är även personer med grava språkstörningar samt personer med låg begåvning (över gränsen för utvecklingsstörning). Försäkringskassans skärpta tillämpning av gällande regler ställer större krav på utredning och dokumentation av funktionsnedsättning. Under året har än mer tid lagts på intyg av läkare och arbetsterapeut för omprövning av exempelvis assistansärenden.

## 2.2 En bättre folkhälsa ska avspeglas i en ökad jämlik hälsa

*Mål 1: Landstinget ska ha en välfungerande intern samverkan kring det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Landstinget ska även vara drivande i arbetet med att utveckla en väl fungerande länsgemensam samverkan för Blekingebornas hälsa (LS)*

*Mål 2: Ett systematiskt sjukdomsförebyggande arbete i enlighet med de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (LS/HSN)*

Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Måluppfyllelse/ utfall
Folkhälsa	Psykiatri och habiliteringen ska i patientmötet ta upp frågor som rör sambandet mellan patientens hälsa och levnadsvanor	Andel av patienterna där samtal om levnadsvanor har genomförts. Gäller patienter som har ett nybesök under året. Kartläggning	Ej tidigare mätt	6% registrerade samtal om levnadsvanor för nya patienter. Kartläggning är genomförd, men troligtvis inte rättvisande.
	Andelen patienter inom vuxenpsykiatri som uppger sig ha fått frågor om levnadsvanor ska ha ökat sedan föregående mätning via den Nationella Patientenkäten.	Andel patienter som i den nationella patientenkäten uppger sig ha fått frågor om levnadsvanor, tobak, matvanor, motion och alkoholvanor	Andel patienter som vid NPE år 2012 svarat att samtal kring olika levnadsvanor förekommit – matvanor 46%, motion 56%, tobak 35%, alkohol 45%	matvanor: 54%, motion: 65%, tobak: 36%, alkohol 48% Samtliga en ökning från föregående mätning

## Kommentarer och analys

I både psykiatrins och habiliteringens formulerade verksamhetsidéer är helhetssyn och hälsofrämjande insatser en väsentlig ingrediens, även om de direkta praktiska hälsofrämjande åtgärderna kanske inte har det utrymme i verksamheten som vore önskvärt. En helhetssyn på sjukdom och hälsa bygger på att dessa fenomen är komplexa enheter av mångdimensionell karaktär. Detta betyder att ingendera av dessa låter sig förstås utifrån någon enstaka aspekt, vare sig kroppslig, psykisk eller social. Detta i sin tur betyder att den psykiska ohälsan eller behovet av habilitering alltid måste beaktas ur flera olika synvinklar och i dialog med patienten. Bakom varje diagnos finns alltid en unik och personlig historia. Patienten skall utifrån helhetstanken ses som en aktivt väljande och målinriktad människa som utövar ett avgörande inflytande över sitt eget liv, hälsa och ohälsa.

I förvaltningens människosyn och behandlingsstrategi ingår på ett självklart sätt att mobilisera patientens resurser till personligt ansvarstagande, kompromisser och samarbete, samarbete/samverkan med anhöriga och andra vårdgivare. Patientens medverkan i sin egen vård/behandling samt anhörigas delaktighet får mer och mer genomslag, även om det kvarstår mycket arbete för att fullt ut leva upp till den nya patientlagen. Arbetet på Habiliteringen utgår alltid från patientens egen motivation och hur denna kan stimuleras. Utifrån patientens livssituation och förutsättningar ges också specifika hälsoråd.

Psykiatrin har en viktig roll i det förebyggande folkhälsoarbetet genom sin kunskap om psykisk ohälsa och sitt helhetsperspektiv. Representanter för förvaltningen deltar i kommunala folkhälsoråd. Även inom habiliteringen är detta perspektiv en förutsättning för att kunna medverka till att patienterna får ett så bra liv som möjligt med hänsyn till deras enskilda behov och förutsättningar. Hälsa är en resurs i människornas vardagsliv som ger möjlighet att förverkliga målen i livet. Hälsan är medlet – inte själva målet med livet. Oavsett om människor ser hälsa som ett livsmål eller resurs i vardagslivet är det tydligt att folkhälsoarbete måste utgå ifrån ett brett samhällsperspektiv och inte bara inrikta sig på traditionella sjukdomsrisker. God hälsa är inte detsamma som frånvaro av sjukdom eller funktionshinder.

Vuxenpsykiatrin tillsammans med alla fem kommunerna fortsätter arbetet i projektet Kultur och Hälsa för patienter med psykisk funktionsnedsättning. Både personal och patienter tycker det varit bra och till hjälp ur ett återhämtningsperspektiv. Livsstilscoacher med egen erfarenhet av psykisk ohälsa har anställts centralt i Paraplyprojektet. Syftet är att efter utbildning verka direkt mot patienterna genom att inspirera, motivera och vägleda i en process mot förbättrad fysik och psykisk hälsa. Förvaltningen har också under året fått godkänt att använda en del av förra årets överskott till insatser för gruppen svårast sjuka. Satsningen har skett inom ramen för programmet Liv i Livet samt Liv i Livet Ung. Den senare vänder sig om unga vuxna och erbjuder ett strukturerat program under 16-20 veckor, medan den förra har en bredare inriktning och varar under 4 veckor. Jämsides med detta har förvaltningen satsat på aktiviteter som bl.a. dans och bild. I västra Blekinge håller också en rehabiliteringsträdgård på att byggas upp.

Patienter med psykosjukdomar har under året följts upp extra när det gäller vikt, blocktryck och blodsockerkontroller enligt kvalitetsregister och nationella riktlinjer. Hälsoprogram för denna grupp planeras på dagpsykiatrin för Vuxenpsykiatri Väst.

Som ett led i det förebyggande folkhälsoarbetet infördes rökstopp inom heldygnsvården i slutet av år 2013. Resultatet, som kan summeras under 2014, har i stort fallit väl ut. Patienterna röker mindre och några har slutat helt.

I det förebyggande arbetet är barnen en viktig målgrupp. Barnperspektivet och att se patienterna utifrån sitt sammanhang är viktiga delar att ta med i arbetet. En särskild handlingsplan för barn till psykiskt sjuka föräldrar och barn inom riskmiljöer har tidigare arbetats fram. Som en direkt följd av detta har samtliga enheter inom förvaltningen utsett barnombud inom sin verksamhet. För dessa finns en tydlig rollbeskrivning i handlingsplanen. Inom barn- och ungdomspsykiatri bedrivs förebyggande arbete som präglas av ett salutogent perspektiv där patienter och deras familj stimuleras att vara aktiva och ta kontroll över sin egen situation och hälsa. Det direkta förebyggande arbetet kan bestå av allt ifrån mödra- och barnhälsovårdspsykologernas arbete med gravida kvinnor och nyblivna mammor till intensiv spädbarnsverksamhet. Tyvärr finns idag allt mindre tid till direkta folkhälsoinriktade insatser, då den ökande arbetsbördan och kraven på tillgänglighet gör detta mycket svårt att hinna med. Habiliteringen arbetar med intensiva insatser i grupp kring sömn och toalett. Grundläggande behov vad gäller hälsa, speciellt om det inte fungerar.

Det hälsofrämjande arbetet med patienterna innebär överlag att stärka de friska och fungerande delarna samt betona patientens eget ansvar för inflytande över sjukdomen. Även att tala om livsstil och peka på riskbeteenden som triggar sjukdomsutbrott ingår.

Förvaltningen ser det som en självklarhet ta upp frågeställningar omkring hälsa och levnadsvanor vid patientmötet och under året finns planer på omfattande fördjupning och intensifiering av arbetet med levnadsvanor och förebyggande hälsovårdsinsatser. Samtal om levnadsvanor och livsstil har pågått som en naturlig del under lång tid, även om det nu blivit mer fokus på innehållet i själva samtalet.

För att få en uppfattning över hur många samtal om levnadsvanor som faktiskt genomförs, hade förvaltningen som mål för år 2014 att göra en kartläggning över hur många nysökande patienter som får ett samtal om levnadsvanor. Målet med kartläggningen är genomförd, även om resultatet troligtvis inte är rättvisande. Därmed kan målet endast delvis sägas vara uppfyllt. Däremot är resultatet (6% av alla nysökande patienter har ett registrerat samtal om levnadsvanor) inte alls i nivå med det önskade. Stöttestenen är att samtalet ska vara registrerat via en KVÅ-kod och detta har inte fått tillräckligt stort genomslag. Det kan konstateras att samtal om levnadsvanor genomförs i hög grad, men registrering via kod i journalsystemet görs inte i samma omfattning. Detta är något som får fortsätta att arbetas med under år 2015 för att få till en mer tillförlitlig mätning, jämsides med att samtal om levnadsvanor över lag kommer mer i fokus.

Ett mer glädjande resultat kring samtal om levnadsvanor, ges via svaren i den Nationella Patientenkäten, där patienterna själva anger betydligt högre andel samtal om levnadsvanor än föregående mätning och också betydligt fler än registreringen via kod i journalsystemet visar.

Det ska noteras att samtal om levnadsvanor kan genomföras på många olika nivåer; den högsta nivån är ett metodbaserat samtal som i högre grad är avsett för den somatiska vården och/eller primärvården än för psykiatri/habiliteringen. Förvaltningen har därmed anammat socialstyrelsens tre nivåer av hälsosamtal; ”manualbaserat hälsosamtal”, ”rådgivande samtal” eller ”enkla råd”, där det i princip är de lägre nivåerna ”rådgivande samtal” och ”enkla råd” som används.

Det finns också svårigheter förknippade med de genomförda samtalen om levnadsvanor; att ta hand om de svar som avges i de fall patienter önskar konstruktiv hjälp med exempelvis rökning, alkohol, bra matvanor, motion etc. Det finns i dagsläget inte någon självklar mottagare för psykiatri och habiliteringens patienter som önskar denna typ av hjälp i de fall då förvaltningen själva inte har tillräcklig kompetens inom området.

Inom flera av de kvalitetsregister som psykiatri deltar i är frågor om levnadsvanor med. Dessa uppgifter kommer att användas i framtida analyser och arbete med levnadsvanor.

## 2.3 Patientens och medborgarens förtroende och medverkan

*Vård och behandling ska, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och tillgodose patientens behov av kontinuitet. (LS/HSN)*

Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning
Patientens och medborgarens förtroende och medverkan	Vård och behandling ska, så långt möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt tillgodose patientens behov av kontinuitet. Konkret mål: Lägsta PUK-värde (Patientupplevd Kvalitet) per indikator för vuxenpsykiatri och habiliteringen: Förtroende: 75 Upplevd nytta: 75 Information: 70 Samt per frågeområde: Bemötande: 85 Patientmedverkan: 75 Helhetsintryck: 75 Information: 75 För BUP per indikator: Bemötande 90 Info 80 Upplevd Nytt 80 Tillgänglighet 90. Samtliga för både patient och målsman. Dessutom ska PUK-värdet för frågan om hur den enskilda patienten värderar sin vård/ behandling öka (både öppen och slutna vård)	Patienternas syn på psykiatri via nationell patientenkät år 2014. Under 2014 kommer endast barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri att mätas (och resultatet finnas tillgängligt)	Faktiskt värde vid föregående mätning för barnpsykiatri vuxenpsykiatri.	Vuxenpsykiatri öv: Klarar 2 av 3 mål gällande indikatorer (Upplevd Nytt och Information), 3 av 4 mål gällande frågeområden (Bemötande, Helhetsintryck och Information).  Vuxenpsykiatri heldygnsvård: Klarar 1 av 3 mål gällande indikatorer (Upplevd Nytt)  Barn- och ungdomspsykiatri klarar 2 av 4 mål gällande indikatorer (Bemötande och Tillgänglighet) samma för både patient och målsman  Värdering av vård/ behandling: PUK-värdet ökat för vuxenpsykiatri och minskat för barn- och ungdomspsykiatri
	Patienterna ska ha en upprättad behandlingsplan. Gäller för patienter som har tre besök eller fler. 2014: 80%	Andel upprättade behandlingsplaner för psykiatri patienter inom öppenvård	Faktiskt värde i årsbokslut 2013	Totalt 23%: VUP Öst 21% VUP Väst 29% BUP: 22% Länsgemensamma: 12%
	Habiliteringsplan upprättas för alla patienter som har tre besök eller fler och aktualiseras därefter årligen. 2014: 80%	Andel patienter med aktuell habiliteringsplan	Faktiskt värde i årsbokslut 2013	HAB: 70%

### 2.3.1 Nationell Patientenkät

Både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri har under året medverkat i den Nationella Patientenkäten. För vuxenpsykiatri har både öppenvård och heldygnsvård mätts, för barn- och ungdomspsykiatri endast öppenvården. Resultatet mäts med ett s.k. PUK-värde (Patient-

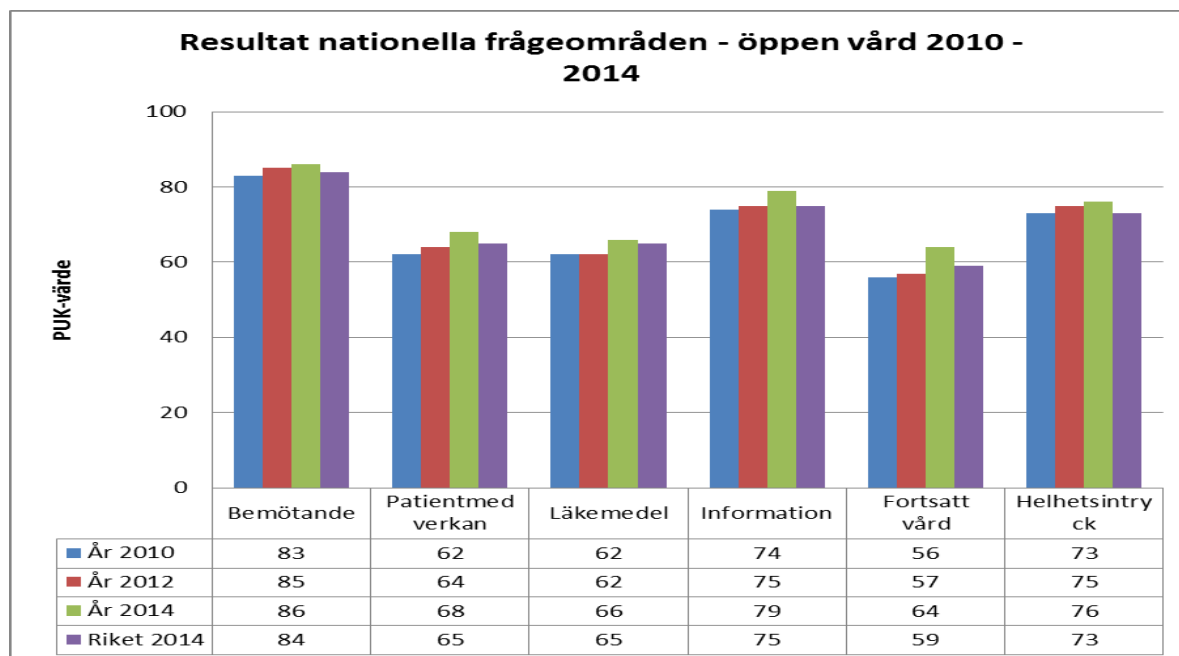
upplevd Kvalitet) vilket är ett värde som kan vara max 100. För barn- och ungdomspsykiatri var detta den andra enkäten, vilken genomfördes hösten 2013. Resultatet blev däremot inte klart för rån under våren 2014. Både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri kan vara mycket stolta över resultatet, då det visar sig att psykiatri i Blekinge ligger mycket väl till – vuxenpsykiatri hade t.o.m. bäst resultat i riket sett till det totala resultatet!

Det som mäts är dels ett antal indikatorer (en specifik fråga) och ett antal dimensioner (flera frågor inom samma område som vägs samman). Förvaltningen har satt ett antal mycket höga mål för både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Svarsfrekvensen för vuxenpsykiatri var relativt god och högre än riket, vilket gör att svaren är tillförlitliga. Trots att vuxenpsykiatrins öppenvård hade bäst resultat i landet, nåddes inte alla de interna målen.

Målen i styrkortet gällande indikatorer (specifika frågor) var: Minst 75 för Förtroende – resultat 74, minst 75 för Upplevd Nyttä – resultat 77, minst 70 för information – resultat 74. Så trots att vuxenpsykiatri låg över riket på samtliga indikatorer uppnåddes endast två av tre egna mål. Samtliga resultat har ökat sedan de båda föregående mätningarna.

Styrkortets mål gällande dimensioner (frågeområden) var: minst 85 för Bemötande – resultat 86, minst 75 för de tre områdena Patientmedverkan – resultat 68, Helhetsintryck – resultat 76 och Information – resultat 79. Även här låg samtliga resultat över riket och har ökat sedan första mätningen 2010, även om endast tre av fyra egna mål uppnåddes. Vuxenpsykiatri har arbetat med samtliga områden som berörs av Nationella Patientenkäten under året, och de områden som hade lägst resultat kommer att särskilt fokuseras på under mellantiden till nästa enkät år 2016.



Ett viktigt samband mellan delaktighet och patientnöjdhet kunde ses: De 267 personer som svarar att man helt och hållet känner sig delaktiga i sin vård och behandling ger också mycket höga betyg indikatorfrågorna – medelvärde för PUK är 90 för dess svaranden att jämföra med de som svarar att man inte känner sig delaktiga där medelvärde för indikatorfrågorna är PUK 39. Detta bekräftar den målsättning som förvaltningen redan beslutat om; att fortsätta arbeta med ännu tydligare inriktning mot att patienten ska bli delaktig i beslut kring den egna vården i den omfatt-

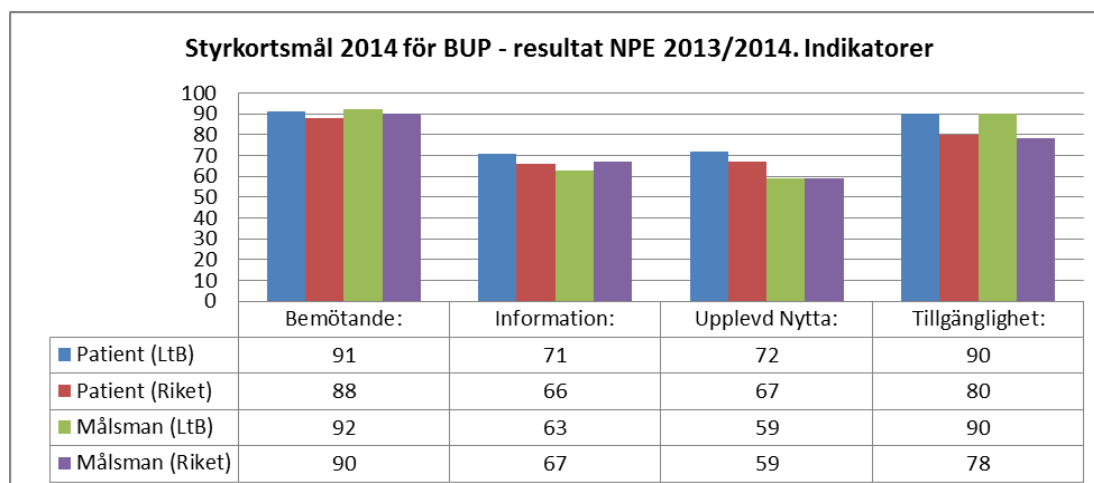
ning som den enskilde patienten själv önskar. Samtliga resultat kommer att användas i enheternas fortsatta förbättringsarbete.

Även heldygnsvården mättes via den Nationella Patientenkäten. Den låga svarsfrekvensen gör att resultat mest kan ge en fingervisning om hur det står till i verksamheten. Men utifrån de resultat som ändå uppmättes visade vuxenpsykiatriens heldygnsvård i Blekinge upp det bästa totala resultatet i landet! Blekinge låg högre än riket på alla områden utom Förtroende som var lika högt som rikets resultat och bättre än riket på alla områden gällande frågeområden. Trots detta nåddes inte heller här alla målen i förvaltningens styrkort (samma som för öppenvården). Heldygnsvården uppfyllde 1 av 3 mål för indikatorer (Upplevd Nytt) och inte något mål för frågeområden. Det hör till det psykiatriska behandlingsuppdraget att en hel del komplexa, konfliktfyllda problem ska hanteras. Det gör att måttet goda relationer inte alltid kan uppnås fullt ut, speciellt inte om resultatet jämförs med övrig hälso- och sjukvård. Man ska också ha i åtanke att en del av de svarande vårdats med tvångsvård, vilket givetvis kan avspegl sig i svaren.

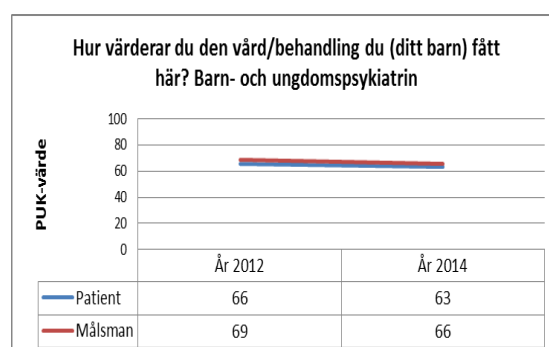
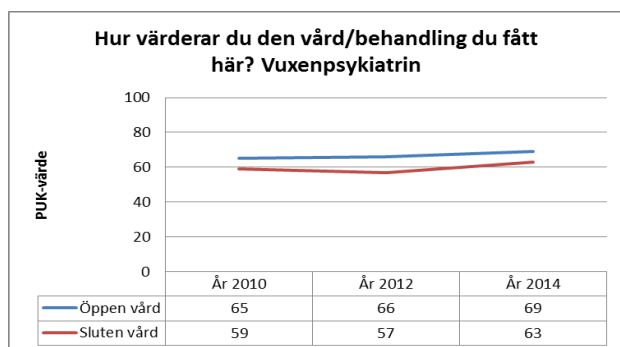
För barn- och ungdomspsykiatrien gick enkät ut till både patient och målsman. Svarsfrekvensen för BUP-enkäten var låg i hela landet, men resultatet ger ändå en indikation på hur verksamheten ligger till. Resultatet visar att barn- och ungdomspsykiatrien (patient) ligger bättre till än riksgenomsnittet på alla indikatorer. Resultatet för målsman är högre eller lika bra som riket för indikatorerna, förutom för indikatorn Information som ligger något lägre.

Målen för BUP i förvaltningens styrkort var: Bemötande 90 – resultat patient (P): 91, Målsman (M): 92; Information 80 – resultat P: 71, M: 63; Upplevd Nytt 80 – resultat P: 72, M: 59 och Tillgänglighet 90 – resultat P: 90, M 90.

Detta innebär att Barn- och ungdomspsykiatrien klarar två av fyra mål, samma för både patient och målsman. Ett klart förbättringsområde är Information, vilket verksamheten också har arbetat med sedan föregående mätning, bl.a. i form av ett informationsbrev som skickas till föräldrar och barn i nya ärenden var grundläggande information ges om hur kontakten kommer att se ut. Resultatet är också något bättre än föregående mätning, men är långt ifrån det resultat som önskas. Effekten av det fortsatta arbetet ses förhoppningsvis vid nästa patientenkät.



Ett ytterligare mål i förvaltningens styrkort är att resultatet för den enskilda frågan om hur den enskilda patienten värderar sin vård/behandling ska öka. Vuxenpsykiatrien nådde målet både för öppenvård och heldygnsvård, medan barn- och ungdomspsykiatrien inte gjorde det.



### 2.3.2 Delaktighet - Behandlings-/habiliteringsplan

Resultatet från både den nyligen genomförda och de tidigare patientenkäterna visade starka samband mellan patienternas känsla av delaktighet – speciellt för vuxenpsykiatri – och deltagande i beslut som rör den egna vården och behandlingen. För att patienten i varje möte ska stimuleras att ta del i sin behandling och vara med och påverka de beslut som fattas kring vårdens upplägg, ska behandlingsplaner/habiliteringsplaner upprättas för aktuella patienter.

I arbetet med framtagande av en behandlingsplan inom psykiatri eller en habiliteringsplan inom habiliteringen betonas aktiv medverkan från patienten. Planen synliggör verksamhetens ansvar, patientens ansvar, anhörigas medverkan, samarbetet med vårdgrannar på ett sådant sätt att vårdprocessen drivs framåt. Arbete med behandlingsplaner är inte nytt, utan har pågått under ett antal år. Det har däremot varit svårt att på något rättvisande sätt följa upp antalet behandlingsplaner. Under år 2014 har ett försök gjorts att följa detta via KVÅ-kod, vilket det visat sig finnas vissa problem med. Arbetssättet behöver ytterligare implementering för att fungera helt rättvisande.

Den mätning som gjorts visar att det totalt i förvaltningen har upprättats behandlings-/habiliteringsplaner för 29% av patienterna (Psykiatri totalt 23%: VUP Öst 20%, VUP Väst 29%, BUP 22%, Läns gemensamma 12%. HAB 70%). Målet för året var minst 80%, vilket ingen av enheterna nått.

En felkälla är sannolikt att det fortfarande är svårt att få till en rätt KVÅ-kodning (och i rätt anteckningstyp så att mätningen går att få ut). Med stor sannolikhet finns det fortfarande betydligt fler upprättade behandlingsplaner än som har fått rätt kod. Detta stöds också av psykiatriens egna, mer djupgående mätningar, som istället visar ett antal kring 40%. Under året har arbetats mycket för att få till en acceptans av behandlingsplanen som en garant både för en säker och jämlik vård och som en grund för dialog med och information till patienten och andra vårdgivare. En övertygelse finns att behandlingsplanen är nyckeln till att hålla igång en kontinuerlig utveckling och kvalitetssäkring av arbetet. Verksamheten har under flera år arbetat med införande av behandlingsplan genom att utbilda personal både i diagnostik, GAF-mätning, formulering av fokus, riskbedömning, riskprevention etc. Behandlingsplanen är helt central i det fortsatta utvecklingsarbetet och står högt på dagordningen för 2015.

Inom habiliteringen visar mätningen att 70% av alla patienter med 3 besök eller fler har en upprättad (och rätt kodad) habiliteringsplan. Även här finns en del felkällor, t.ex. görs en del planer via telefonkontakt med patienten och de kommer då inte med i mätningen (dessa kommer att fångas upp från år 2015). Den egna mätningen inom habiliteringen visar även här att det riktiga värdet borde ligga runt 80%.



## 2.4 Tillgänglig hälso- och sjukvård

Mål 1: God tillgänglighet till vård, behandling och information för patienter och medborgare (LS/HSN)

Mål 2: Erbjudas en hälso- och sjukvård och ett likvärdigt bemötande efter patientens behov oavsett bakgrund (LS/HSN)

Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning
Tillgänglighet	Samtliga vuxenpsykiatrins mottagningar ska till 30% erbjuda tid för första besök inom 7 dagar, i övrigt inom 30 dagar samt uppfylla vårdgarantin	Andel mottagningar med tillgänglighet enligt vårdgarantin samt enligt kvalificerad tillgänglighet	Faktisk tillgänglighet 1/1 2013	7 dgr: VUP: 26%  30 dgr: VUP: 81%
	BUP:s mottagningar ska erbjuda tid för första besök inom 30 dagar samt uppfylla vårdgarantin		Faktisk tillgänglighet 1/1 2013	88% inkl MHV/BHV 93,3% exkl MHV/BHV
	Habiliteringens mottagningar ska till 40% kunna erbjuda tid för ett första besök inom 30 dagar samt i övrigt uppfylla vårdgarantin		Faktisk tillgänglighet 1/1 2013	29%
	BUP och HAB ska uppfylla den nationella garantin om 30 dagar för start av beslutad fördjupad utredning (NP-utredning)		Faktisk tillgänglighet 1/1 2013	95%
	Erbjudas en hälso- och sjukvård och ett likvärdigt bemötande anpassat efter patientens behov oavsett bakgrund. Konkret mål: Uppnä lägst PUK-värde 85 för frågeområdet Bemötande inom ramen för den Nationella Patientenkäten. Se styrkortets mål under "Folkhälsa".		Resultat senaste mätning: VUP 2012: 85 BUP 2012: o patient: 83 o målsman: 88	Resultat: VUP 2014: 86 BUP 2014: o patient: 83 o målsman: 88

### 2.4.1 Tillgänglighet

Enligt vårdgarantin har nysökande patienter rättighet att få ett första besök inom vuxenpsykiatri eller habiliteringen inom 90 dagar, medan det för barn- och ungdomspsykiatri är 30 dagar som gäller. Tillgängligheten till ett första besök är överlag god eller mycket god i hela förvaltningen. Mycket arbete och resurser läggs ner på att uppnå och bibehålla den goda tillgängligheten.

Alla mottagningar inom vuxenpsykiatri klarar vårdgarantins gräns för i stort sett samtliga nybesök. Här får 99,9% respektive 99,3% av alla nysökande ett besök inom 90 dagar om de inte själva valt att vänta. Inom länsgemensam psykiatri är det något längre väntetider; 94,7% får ett nybesök inom 90 dagar, vilket är en stor förbättring sedan föregående år. I något enstaka fall har väntetiden överskridit 90 dagar utan att patient själv valt det. Habiliteringen har fortsatt sitt arbete gällande tillgängligheten och under 2014 har 95,3% av nybesöken en faktisk väntetid understigande 90 dagar, exklusive patientvald väntan.

För barn- och ungdomspsykiatri gäller det nationella tillgänglighetskravet för barn med psykisk ohälsa, d.v.s. ett nybesök ska ske inom 30 dagar. Vid barn- och ungdomspsykiatrins mottagningar får 99,7% ett nybesök inom 90 dagar och 88% inom 30 dagar. I dessa siffror ingår även nybesök till Mödra- och barnhälsovårdpsykologerna (MHV/BHV) som inte ingår i det nationella målet

om nybesök inom 30 dagar. Andelen besök inom 30 dagar exklusive MHV/BHV är 93,3%. Samtliga uppgifter är exklusive patientvald väntan.

Samma krav, d.v.s. max 30 dagars väntan, gäller för fördjupade utredningar och anger väntetiden från det en patient fått beslut om att en neuropsykiatrisk utredning ska genomföras och till att utredningen startar. De patienter som behöver dessa utredningar är i många fall gemensamma för barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen, vilket gör att ett verksamhetsgemensamt arbete kring dessa patienter sker för att kunna samordna resurserna optimalt och klara den förstärkta tillgängligheten för barn med psykisk ohälsa. Åtgärderna kan handla om flera saker, t.ex. minska inflödet av nya ärenden genom konsultation och utbildning till kommunerna, optimal samordning av resurserna för utredning i de bägge specialistområdena, hushållning med utredningsresurserna och att hämta in information och kunskap från andra i största möjliga mån.

För habiliteringens del har fokuseringen på tillgänglighet inneburit ändrade rutiner. En negativ inverkan är att de som påbörjar en neuropsykiatrisk utredning får betydligt längre sammanlagd period än tidigare innan utredningen är klar. Den särskilda satsningen på barn med psykisk ohälsa kan också skapa diskussioner inom verksamheterna då man kan se att detta medför en obalans för de nysökande. Ett barn med neuropsykiatrisk diagnos garanteras en väntetid om högst 30 dagar, medan för ett barn med exempelvis diagnosen Cerebral Pares, Morbus Down etc gäller lagens 90 dagar. I viss mån medför också satsningen på kort väntetid till nybesök att tiden till återbesök tenderar att öka. Både barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen klarar att uppfylla målet i den nationella vårdgarantin för fördjupad utredning (NP-utredning) och har som gemensamt resultat att 95% av de fördjupade utredningarna startar inom 30 dagar.

Därmed kan man i princip säga att hela förvaltningen klarar de nationella tillgänglighetskraven och därmed också landstingets mål.

Förvaltningen arbetar utifrån övertygelsen att en tidig bedömning av de nysökande patienterna är av stor vikt för att kunna ta ställning till om patienten behöver behandling och i så fall vilken behandling. Detta gör också att behandlingen för de mest behövande patienterna kan starta tidigare, vilket minskar risken för att patienternas hälsa försämras så att t.ex. sluten vård krävs istället för öppen vård. Förvaltningen har därför även interna – högre ställda - mål om att minst 30% av alla nybesök vid vuxenpsykiatriens mottagningar ska ske inom 7 dagar samt resterande inom 30 dagar. Totalt fick 26% av de nysökande patienterna vid vuxenpsykiatriens mottagning och länsgemensam psykiatri ett besök inom 7 dagar, medan 81% fick ett besök inom 30 dagar (exklusive patientvald väntan).

Habiliteringens interna mål om att minst 40% av nybesöken ska ske inom 30 dagar klarar man inte, 29% exklusive patientvald väntan. Teamen arbetar gemensamt för att ta emot nya remisser så snart som möjligt och ambitionen är hög för att följa vårdgarantin, men det finns svårigheter förknippade med ett nybesök inom habiliteringen för den patientgrupp som inte kan företräda sig själv och där ett första besök behöver förberedas med en mängd olika kontakter för att besöket ska bli ändamålsenligt för patienten. Detta hinns inte alltid med inom 30 dagar.

Samtliga enheter arbetar aktivt med målet om tillgänglighet. Inom de enheter där de interna målen inte helt uppfylls, arbetas det med att se över rutiner, flöden, öka antalet bedömningstider samt i övrigt samverka på ett ännu mer optimalt sätt.

<b>Faktisk väntetid – d.v.s. genomfört nybesök under år 2014. EXKL patientvald väntan</b>			
	Max 7 dgr %	Max 30 dgr %	Max 90 dgr %
Karlskrona	25%	87%	99,8%
Ronneby	40%	86%	100%
<b>VUP Öst</b>	<b>30%</b>	<b>86%</b>	<b>99,9%</b>
Karlshamn	26%	89%	99,7%
Sbg/Ofm	26%	71%	98,7%
<b>VUP Väst</b>	<b>26%</b>	<b>81%</b>	<b>99,3%</b>
Äldrepsyk	11%	65%	96,6%
Sexologi	6%	43%	90,6%
<b>LGP</b>	<b>9%</b>	<b>54%</b>	<b>94,7%</b>
BUP Öst inkl MHV/BHV	20%	93%	99,4%
BUP Väst inkl MHV/BHV	11%	82%	100%
<b>BUP</b>	<b>16%</b>	<b>88%*)</b>	<b>99,7%</b>
<b>Totalt psykiatrin</b>	<b>21%</b>	<b>84%</b>	<b>99,3%</b>
Hab Kmn	2%	32%	95,1%
Hab K-na	4%	26%	95,5%
<b>Totalt Hab</b>	<b>3%</b>	<b>29%</b>	<b>95,3%</b>
<b>Totalt förv</b>	<b>20%</b>	<b>79%</b>	<b>99%</b>

\*) 93,3% exkl MHV/BHV

#### 2.4.2 Bemötande

Förvaltningen har valt att i sitt styrkort konkretisera landstinget mål om att erbjuda ”en hälso- och sjukvård och ett likvärdigt bemötande anpassat efter patientens behov oavsett bakgrund” till att uppnå lägst 85 på frågeområdet Bemötande inom ramen för den Nationella Patientenkäten. För vuxenpsykiatrin blev resultatet 86 och för barn- och ungdomspsykiatrin blev resultatet för målsman 88, medan det för patient blev 83. Själva frågeområdet består av två frågor; ”Fick du tillräckligt med tid att prata igenom det du ville ta upp?” och ”Känner du att ni blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?”. BUP Patients resultat på den första av dessa två frågor är 68, medan det på den egentliga bemötandefrågan är 91. Förvaltningen anser därför att målet i styrkortet är uppnått trots att det totala resultatet för BUP Patient inte riktigt nådde ända fram.

## 2.5 Ändamålsenlig och säker vård

Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning
Patientsäker vård	Att uppfylla de grundkrav som ställs i den nationella patientsäkerhetsstrategin för 2014 som berör förvaltningens verksamheter: o basala hygienrutiner och klädregler o vårdrelaterade infektioner o läkemedelsberättelser	Uppfyllda krav i patientsäkerhetsstrategin för år 2014	Faktiskt värde i årsbokslut 2013	Journalgranskning genomförd, pågående arbete med läkemedelsberättelse. Inga eller endast ett fåtal överbeläggningar, inga vårdrelaterade infektioner. Varierande resultat på mätning av kläd- och hygienregler.

Ändamålsenlig och säker vård - Kvalitetsarbete	Samtliga kvalitetsindikatorer som idag går att följa upp ska uppfyllas: o antal vårdprogram o uppföljning enligt vårdprogram o besök i öppen vård efter avslutad slutenvård o patientupplevelse o minskat antal uteblivanden o få återinskrivningar inom 90 dagar o få återinskrivningar för specifika diagnoser o jämlik vård	Fastställda kvalitetsindikatorer för psykiatri och habilitering	Resultatet i Kvalitetsindikatorer år 2012-2013	För en detaljerad redovisning av mål och resultat, se bilaga
	Arbeta fram kvalitetsindikatorer för habiliteringen utifrån HabQ	Kvalitetsindikatorer för habiliteringen		Fortsatt arbete utifrån HabQ
	90% av patienterna skall ha uppföljande samtal senast 4 dagar efter vidtagen tvångsätgard	Uppföljande samtal vid tvångsätgarder	Faktiskt värde i årsbokslut för 2013	31% är rätt dokumenterade/kodade. Flertalet andra har genomförts utan att ange rätt kod
	90% av nyinskrivna patienters anhöriga skall kontaktas inom ett dygn, med patientens medgivande	Kontakt med anhöriga	Faktiskt värde i årsbokslut för 2013	48%

### 2.5.1 Patientsäker vård

*Landstinget ska uppfylla grundkraven samt uppnå indikatorerna för den nationella patientsäkerhetsstrategin 2014 (LS/HSN)*

I den nationella patientsäkerhetsstrategin för 2014 ingår ett flertal grundkrav; mätning av patientsäkerhetskultur, journalgranskning, läkemedelsberättelse vid utskrivning och överbeläggningar. Förutom dessa grundkrav ingår också de mål som Landstingsstyrelsen och HSN särskilt har angett i sin plan för år 2014, d.v.s. basala hygienrutiner och klädregler samt vårdrelaterade infektioner.

Gällande grundkraven så har förvaltningen genomfört två omgångar med journalgranskning, dels utifrån "traditionell modell" och dels utifrån den nationella modellen "markörbaserad journalgranskning" med fokus på förekomst av vårdskador.

Arbetet med att få rutin på att lämna läkemedelsberättelse vid utskrivning pågår, ett område med förbättringspotential. Läns-gemensam mottagning arbetar aktivt med läkemedelsöversyner, speciellt inom Äldrepsykiatri för att se över felaktig dosering och ogynnsamma interaktioner som kan leda till förgiftning och stort lidande. Man arbetar även med enkel läkemedelsgenomgång, d.v.s. när läkemedelsrelaterade problem misstänks.

Psykiatrins heldygnsvård är med i rapporteringen av överbeläggningar. Avdelningarna har mycket sällan överbeläggningar även om det ibland kan se ut så i rapporteringsverktyget. Anledningen är att tillfälliga patienter kan vårdas på vårdplats där den ordinarie patienten är på permission.

Psykiatri deltar i de landstingsövergripande mätningarna inom området basala hygien- och klädregler, med något varierande resultat. De flesta medarbetare använder arbetskläder i heldygnsvården. De som använder privata kläder ska följa psykiatrins regler som tagits fram i samarbete med hygien-sköterskorna. Hygienombuden har en viktig uppgift att kontinuerligt föra diskussion kring detta. Genomgång om gällande regelverk sker kontinuerligt på arbetsplatsträffar och får intensifieras under 2015. Inga vårdrelaterade infektioner eller trycksår har framkommit vid de mätningar

som avdelningarna deltagit i. Rehabiliteringen är inte med i uppföljningarna avseende basala hygien- och klädregler men har lokala rutiner som upprättats i samråd med hygiensköterskorna.

Patientsäkerhet är ett område som kontinuerligt tas upp och diskuteras på både avdelningarnas och mottagningarnas basenhetsråd, klinikdagar etc för att på så vis förbättra sina resultat, men också för att i görligaste mån undvika att någon patient kommer till skada. En positiv utveckling kan ses. En handlingsplan utifrån identifierade förbättringsområden är framtagen och kommer att arbetas med under år 2015.

Avvikelse rapporteras i det nya avvikelssystemet. Under året hade 220 avvikelser kommit in, varav det för 65 st (30%) anses vara stor eller mycket stor risk för att det kan upprepas samt att detta skulle kunna få betydande eller katastrofala konsekvenser (merparten – 57 st – är inom spannet stor risk för upprepning och med betydande konsekvenser). Detta är definitivt något som måste analyseras vidare.

### **2.5.2 Kvalitetsarbete**

#### **Kvalitetsindikatorer**

Arbetet med att förbättra verksamheten och kvalitén är något som ständigt pågår som en naturlig del av verksamheten. Landstingets kvalitetspolicy tillsammans med Socialstyrelsens Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdslagen utgör grunden för kvalitetsarbetet. Kvalitetsarbetet pågår på olika nivåer, från det dagliga arbetet med små förbättringar till mer övergripande kvalitetsarbete.

Den tidigare Psykiatrförvaltningen påbörjade att ta fram ett ledningssystem för förvaltningen, vilket nu har återupptagits i den nya Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen. Genomarbetade och fastställda beskrivningar, rutiner m.m. ligger tillgängliga på nätet att nås från Systemcross och hemsidan.

Förvaltningen har sedan flera år tillbaka arbetat med ett kvalitetsinriktat uppföljningsarbete baserat på kvalitetsindikatorer, där t.ex. resultatet från den nationella patientenkäten och Öppna jämförelser för psykiatri, ingår som en naturlig del. Kvalitetsindikatorerna bygger på de sex kvalitetsområden som Socialstyrelsen beskriver i "God Vård". Målen är högt satta inom de olika områdena och det är därför inte alla som uppfylls. En sammanställning av resultatet för förvaltningens kvalitetsindikatorer finns i bilaga 2. Det mer detaljerade resultatet kommer, liksom tidigare, i separat rapport. Exempel på förbättrings-/utvecklingsområden som ingår i detta pågående kvalitetsarbete:

- Övergripande vårdprogram för de stora patientgrupperna som ska borge för att vården ges på lika villkor över hela länet. Hittills har vårdprogram för Ätstörningar, Suicidnära patienter, Affektiva sjukdomar, Missbruk och beroende samt Demenssjukdomar färdigställt och finns nu att tillgå på förvaltningens intranät. Ytterligare ett antal vårdprogram är i slutfasen. Jämsides med vårdprogrammen kommer också uppföljningskriterier att fastställas.
- Uppföljning i öppen vård efter avslutad slutenvårdsperiod samt återinskrivningsmönster totalt och för särskilt utsatta diagnosgrupper.
- Resultatet i den nationella patientenkäten som ligger till grund för det fortsatta arbetet med de områden som hade sämre resultat
- Jämlik vård

- Vård i rimlig tid

Endast ett par av indikatorerna är ännu möjliga att använda för habiliteringen. Lämpliga indikatorer kommer att tas utifrån HabQ som är ett nationellt kvalitetsregister för habilitering. Under 2014 har registreringar skett i delen som avser intensiva insatser till förskolebarn med autism. Inför 2015 har planering gjorts för att påbörja registrering av ”Föräldrastöd bas” till de familjer som har en ny kontakt med habiliteringen.

### **Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd samt kontakt med anhöriga**

Psykiatrin har ett internt mål om att samtliga patienter som har varit föremål för någon tvångsåtgärd ska ges ett uppföljande samtal inom 4 dagar samt att nyinskrivna patienters anhöriga skall kontaktas inom ett dygn, med patientens medgivande.

Båda dessa mål har tagits fram genom deltagande i projektet ”Bättre vård – mindre tvång”. Blekinge har en, med nationella mått mätt, låg andel tvångsvård. Detta tyder på god kvalitet i verksamheten som verkligen är något att vara stolt över. Men ibland sker ändå tvångsåtgärder för någon patient, därav målet om att öka kvaliteten inom området.

Under året har något över 100 tvångsåtgärder vidtagits, majoriteten av dem vid Psykiatriska akutavdelningen (PAKA) eller Psykiatriska intensivvårdsavdelningen (PIVA). Vid 31% av dem finns ett uppföljande samtal registrerat. Manuell genomgång av journalerna har dock visat att den faktiska siffran är betydligt högre än så. Så gott som samtliga tvångsvårdsinsatser inom PAKA och PIVA följs upp via ett samtal med överläkare dagen efter. Alla dessa samtal är däremot inte korrekta kodade, varför de inte går att mäta. En del patienter är heller inte av olika somatiska eller psykiska orsaker i skick att klara ett uppföljande samtal. Sammantaget har förvaltningen goda förhoppningar om att kunna nå målet under år 2015 under förutsättning att själva redovisningen fungerar.

Anhörigarbetet har sedan tidigare mätts manuellt. Då förvaltningen anser att det är av stor vikt att anhöriga kontaktas tidigt när en inskrivning i heldygnsvården sker, är detta ett område som setts över under året för att se om någon annan form av mätinstrument kan användas. En uppföljningsblankett togs fram under året för att belysa en del mätpunkter vid en utskrivning av patient från heldygnsvården. En av dessa mätpunkter är just kontakt med anhöriga inom ett dygn, med patientens medgivande. Blanketten implementerades under första halvåret 2014 och började användas efter sommaren. Utifrån det resultat som framkommit härifrån har det vid 48% av inskrivningarna skett en kontakt med anhöriga inom ett dygn. Blanketten och det resultat som framkommer ur den kommer att utvärderas under år 2015.

### **Övrigt kvalitetsarbete**

Jämsides med ovanstående har ett slutförts ett arbete med att identifiera särskilt utsatta patienter med många vårdtillfällen eller långa vårdtider för att säkerställa och förbättra vården för denna grupp samt kanske kunna minimera slutenvårdsbehovet genom att tidigare möta upp med ytterligare öppenvårdsinsatser efter individuella behov.

Ett annat stort utvecklings- och förbättringsområde är det fortsatta arbetet för att alla patienter ska ha aktuella behandlingsplaner (se under punkt 2.3.2), samordnad individuell plan (SIP) för de svårast sjuka som behöver insatser av fler än en huvudman, diagnostisering samt funktionsbedömning.

På avdelning 21 och 28 kommer det att startas ett arbete med patientenkäter i samband med utskrivning för att på en uppfattning om patientens syn på vården, förbättringsområden etc.

Både för psykiatri och habiliteringen följs ett flertal viktiga områden upp inom personal, ekonomi och verksamhet vid så gott som samtliga ledningsmöten under året. Verksamhetsdialoger innebärande avstämning inom samma områden genomförs 3-4 ggr/år för respektive basenhet.

### 2.5.3 God vård genom väl fungerande processer

*Mål 1: Väl fungerande vård- och serviceprocesser för patienter med långvarig benign smärta och patienter som drabbats av stroke (LS/HSN)*

*Mål 2: Sammanhållen vård och omsorg för äldre. Arbetet bedrivs enligt de åtgärder som Handlingsplan för sammanhållen vård och omsorg 2014 anger (LS/HSN)*

Landstingsstyrelsens/HSN:s mål och mått berör inte direkt Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen och inga särskilda mål inom området finns upprättade i förvaltningens styrkort.

Inom vuxenpsykiatri fortsätter arbetet med implementeringen av den stora förändring mot mer öppenvård och mindre andel heldygnsvård som genomfördes under våren 2014. I samband med detta krävs en översyn och ytterligare effektivisering av vårdkedjan.

### 2.5.4 Ändamålsenlig hälso- och sjukvård genom systematiska förbättringar

*En väl utvecklad samordning av landstingets systematiska förbättringsarbete på strategisk nivå (LS)*

Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning
Direkt patientarbete	Minst 50% av vårdpersonalens arbetade tid ska användas till direkt patientarbete inom vuxenpsykiatri samt till minst 35% inom BUP och 33% inom HAB	Direkt patientarbete vid mottagningarna i förhållande till arbetad tid	Mätning 2 2013: VUP mott: 24-33% LGP: 25-35% BUP: 22-32% HAB: 23-28%	Mätning 2 2014: Totalt: 28% VUP mott: 28-33% LGP: 22-28% BUP: 23-34% HAB: 22-29%

#### Kommentarer och analys

Förvaltningen har under året fortsatt sitt arbete med att öka den delen av sjukvårdspersonalens arbetstid som ägnas åt direkt patientarbete inom den öppna vården. Det direkta patientarbetet för psykiatri och habilitering kräver en stor andel indirekt patientarbete om och kring enskilda patienter för att fungera tillfredsställande. Det indirekta patientarbetet är därmed både mycket viktigt och tidskrävande samt en förutsättning för det direkta patientarbetet. Att öka den direkta patienttiden handlar om en omställning från att göra en del patientarbete i indirekt form till att flytta in det i behandlingsrummet, i mötet med patienten. Den enskilde medarbetaren måste också ta ett stort eget ansvar för den långsiktiga planeringen av patientarbetet. Arbetet är också ett kvalitetsmål då det ligger mycket kvalitet i att patienter får träffa sina behandlare ofta. Lika viktigt som det är att uppnå målet om direkt patientarbete är att det finns luft i den övriga tiden så att verksamheten hinner reflektera, samarbeta, utveckla verksamheten etc.

För vuxenpsykiatri är målet att 50% av arbetstiden ska användas till direkt patientarbete. För barn- och ungdomspsykiatri är målet 35% och för habiliteringen 33%. Anledningen till att de två senare har ett lägre krav på andel direkt patienttid är att dessa patientgrupper kräver mer tid för samverkan och samordning med anhöriga och intressenter kring patienterna. Målet ska uppnås genom att vid behov förändra strukturen på det indirekta patientarbetet samt övriga insatser för att frigöra tid för behandlingspersonalen.

Under året har två mätningar gjorts; en på våren och en på hösten. Ingen enhet når för närvarande upp till de satta målen, även om en liten förbättring kan ses vid mätningarna under år 2014. Direkt patienttid är en fråga som arbetats med under flera år och då det är problem med mätmetoden kan man inte med säkerhet säga hur det faktiskt ser ut. Under år 2015 kommer därför en annan mätmetod att provas. Metoden bygger på självskattning av varje enskild medarbetare under den tid som mätningen pågår. Metoden har använts av en del enheter inom både psykiatri och habilitering inom landet och användes år 2010 i en lite bredare mätning inom psykiatri, med stöd av Socialstyrelsen. Metoden gör bl.a. det lättare att fånga det svårgripbara indirekta patientarbetet. Idag finns en stor medvetenhet bland personalen om målet som har en direkt koppling både till kvalitet, kvantitet och jämlik vård och därför är högprioriterad.

BUP deltog tillsammans med två andra landsting under året, i en aktivitetsstudie organiserat inom Nysam. Studien är en uppföljning av en studie som genomfördes 2008. Resultaten var förvånansvärt lika mellan de tre landstingen och mellan de båda studierna och i medeltal så var den direkta patienttiden ca 1/3 av den arbetade tiden.

### 2.5.5 Kvalitet och effektivitet i sjukskrivningsprocessen

*En patient- och rättsäker sjukskrivningsprocess med hög kvalitet som följer det landstingsövergripande ledningssystemet för sjukskrivning samt uppfyller grundkraven i den nationella sjukskrivningssatsningen 2014 (HSN)*

Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning
Sjukskrivningar	Alla vårdenheter som arbetar med sjukskrivningar ska följa det landstingsövergripande ledningssystemet för sjukskrivning och uppfylla grundkraven i den nationella sjukskrivningssatsningen 2014: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Intyg med godkänd kvalitet</li> <li>o Vårdenheter med lokal sjukskrivningsprocess</li> <li>o Rehabiliteringsplaner för sjukskrivna &gt;28 dagar</li> </ul>	Uppfyllda krav i den nationella sjukskrivningssatsningen 2014	Faktiskt värde i årsboksut för år 2013	Kraven är uppfyllda för samtliga sjukskrivande enheter

### Kommentarer och analys

Inom vuxenpsykiatri bedrivs ett strukturerat arbete tillsammans med försäkringskassan som innefattar dialog om sjukskrivningsprocessen samt kontinuerlig uppföljning. Sjukskrivningskoordinatorer finns, vars arbete syftar till att kvalitetssäkra och förbättra arbetet med sjukskrivningar. Koordinatorerna deltar i övergripande nätverksträffar och fungerar som en länk mellan Försäkringskassan och läkarna på enheterna. Handläggare från försäkringskassan besöker också mottagningsarna regelbundet. Lokal dokumenterad sjukskrivningsprocess med handlingsplan och mål finns.

I det lokala arbetet kring sjukskrivningsprocessen vid Vuxenpsykiatri Öst har man ett utvidgat samarbete med både försäkringskassan, arbetsförmedlingen och nu även socialtjänsten då man försöker att tidigt identifiera patienter utan försörjningsstad eller på väg in i marginaliseringsprocesser.

Inom Vuxenpsykiatri Väst har man som lokalt mål att läkare ska träffa patienten i samband med sjukskrivningsprocessen och att det i alla intyg ska framgå vem som är patientansvarig behand-



lare. Intyg skickas elektroniskt och är av god kvalitet. Utbildning i försäkringsmedicin och introduktion till nya läkare angående läkarintyg ges kontinuerligt.

Inom barn- och ungdomspsykiatri, läns gemensam psykiatri och habiliteringen saknas lokal dokumenterad sjukskrivningsprocess då ytterst få patienter sjukskrivs. Inom habiliteringen är den största andelen patienter barn och en stor andel av vuxna patienter uppstår aktivitetssättning.

## 2.6 Samverkan

Både psykiatri och habiliteringen har ett stort behov av god samverkan med vårdgrannar för att fullt ut kunna genomföra sitt vård- och behandlingsarbete. Ett område i det psykiatriska rehabiliteringsarbetet att samverka kring är att få patienter åter i arbete/sysselsättning, vilket är en viktig faktor för att återhämta sig från psykisk ohälsa. Även för habiliteringens patienter är detta ett viktigt område. Inom alla enheter finns samarbete med kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Samverkan mellan de olika vuxenpsykiatriska mottagningarna och respektive kommuns psykiatri är välfungerande på de flesta håll och ett flertal gemensamma ärenden och projekt finns.

Samverkansprocessen med primärvården har under ett par års tid varit inne i en utvecklingsprocess. Det finns idag ett sex år gammalt samverkansavtal, så kallat gränssnittdokument, som med hjälp av den psykiatriska diagnosen ska utgöra grund för vem som gör vad. Idag behöver ett sådant arbetssätt kompletteras med ett mer omfattande helhetstänkande för att säkerställa att rätt patienter remitteras över till specialistpsykiatri. Enbart en medicinsk diagnos kan inte avgöra om det finns ett specialistvårdsbehov. Vuxenpsykiatri och primärvårdens arbete med psykiatriska problem är kommunicerande kärn och ett komplext område då mängden patienter med psykiatriskt hjälpbehov och krisproblematik är ofattbart stort, vilket gör att både primärvården och vuxenpsykiatri med stor eftertanke måste organisera både sitt samarbete och sina särskilda uppdrag.

Vuxenpsykiatri Väst deltar i ett FINSAM-projekt tillsammans med försäkringskassa, arbetsförmedling och kommun riktat mot unga kommuninnevanare. De tre kommunerna och psykiatri i väst är också aktiva i projektet Kultur och Hälsa som är en del av ett större paraplyprojekt inom Blekinge Kompetenscentrum. Syftet är att skapa förutsättning för återhämtning och livsstilsförändringar för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Länsgemensam Psykiatri samarbetar med primärvården och Blekingesjukhuset samt med externa aktörer, t.ex. polisen och kommunerna, liksom med övriga enheter inom förvaltningen för att inte patienterna ska ”falla mellan stolarna” samt att öka förståelsen för varandras insatser. Detta är en samverkan som behöver utvecklas ytterligare.

Barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen har många samarbetspartners utanför vården, viktiga är framförallt sociala myndigheter och skola. Landstinget har sedan 2012 ett samverkansavtal med kommunerna gällande barn och unga som har behov av kontakt med verksamheter inom både landsting och kommun. Under året har detta kommit till praktisk användning framför allt genom ett antal ärenden där man har gjort en SIP, Samordnad Individuell Plan, tillsammans med socialtjänst/skola/habilitering/barn- och ungdomspsykiatri.

Sedan 2012 finns ett gränssnittsdokument mellan barn- och ungdomspsykiatri och primärvården vad gäller psykisk ohälsa hos barn och unga. I den andan pågår det ett pilotprojekt inom Ronneby kommun som innebär att föräldrar och barn med mindre svårigheter inom området psykisk ohälsa har möjlighet att söka och få hjälp och stöd inom primärvården. En del av dessa hade troligtvis annars sökt sig till barn- och ungdomspsykiatri och en liten minskning av antalet ärenden har kunnat ses på Ronnebymottagningen under året. Det stora flertalet är dock föräldrar som kanske inte skulle fått hjälp annars. Förhoppningen är att detta på sikt kan minska den framtida psykiska ohälsan och förbättra barnens och ungdomarnas skolresultat.

I arbetet med intensiva insatser för förskolebarn med autism tillsammans med kommunen ser habiliteringen överlag mycket goda resultat. Samarbete i nätverken ger mycket bra förutsättningar för ett sammanhållet arbete kring barnet. Sedan länge finns även en etablerad samverkan med habiliteringar i Skåne, Kronoberg, Kalmar och Jönköping. Genom åren har gemensamma introduktionsutbildningar, föreläsningss dagar, yrkesspecifika möten med utbildningsinslag etc anordnats.

Både psykiatri och habiliteringen träffar representanter för patient- och brukarföreningarna regelbundet, även om samverkan kan fördjupas.

Det finns sedan länge också ett mycket gott samarbetsklimat inom förvaltningen, gällande samtliga enheter. Visserligen kan både olika uppfattningar och synpunkter förekomma, men klimatet är oftast sådant att problem går att lösa genom en konstruktiv diskussion.

## **2.7 Verksamhetsrapport**

### **2.7.1 Vuxenpsykiatri**

Inom vuxenpsykiatri har året präglats av fullt fokus på den förändring som genomförts efter att ha planerats under lång tid. Förändringen har inneburit en förskjutning mot mer öppna vårdformer, medan antalet slutenvårdsplatser har minskat.

Förändringen har kunnat genomföras genom att en slutenvårdsavdelning om 14 vårdplatser i Karlskrona och 6 vårdplatser i Karlshamn, omvandlats till resurser inom öppenvården/dagpsykiatri. Neddragningen inom slutenvården kommer att kompletteras med att 3 nya vårdplatser skapas inom Läns gemensam Psykiatri – 2 på Psykakuten och 1 på Psykiatrisk Intensivvårdsavdelning. Dessa platser är dock inte riktigt i fas med övrigt förändringsarbete och kommer inte att finnas tillgängliga förrän vid årsskiftet.

Vuxenpsykiatri har i och med förändringen och skapandet av dagpsykiatri som ett alternativ till inskrivning i heldygnsvården, fått ett ökat fokus på att förbättra resurserna för patienter med störst lidande och stora funktionshinder. En sådan grupp med stora behov är unga vuxna med komplex problematik i kombination med bristande psykosocial kompetens och oavslutad skolgång. Om samhället har intentionen att ”alla ska med på vagnen” då måste frågan om hur vi ska hjälpa den här gruppen unga vuxna, som dessutom har en extra belastning i form av psykisk sårbarhet, hanteras med större konsekvens. Psykiatriska insatser måste, om de ska bli framgångsrika, alltid gå hand i hand med yrkeslivsorienterad rehabilitering.

Dagpsykiatri kommer också att kunna användas som ett led i utslussningen från heldygnsvården.

Samtidigt som förändringen mot mer öppenvård har genomförts, har det arbetats intensivt med att skapa Akut- och Rådgivningsteam, ett vardera inom Vuxenpsykiatri Väst och Vuxenpsykiatri Öst och ett inom ramen för Psykakuten. Tanken med Akut- och Rådgivningsteamerna är att snabbt kunna svara upp mot intensiva kriser med stora risker i.

Förändringsarbetet har inneburit många förberedelser, både praktiska och teoretiska, exempelvis utbildning, planeringsdagar, genomgång av nya rutiner i journal- och bokningssystem m.m. En stor positiv förändring för Vuxenpsykiatri Öst är att mottagningarna Karlskrona Öst respektive Karlskrona Väst har fått gemensamma lokaler och därmed bildat den nya Mottagning Karlskrona.

En stor hotbild mot vuxenpsykiatrin är överbelastningen av öppenvårdsmottagningarna till följd av att det är för många patienter inne i systemet, vilket får sekundära effekter på möjligheten att jobba mer intensivt i krisbehandlingar och även med prioriterade kraftfullare insatser för riskpatientgrupper. Man kan konstatera att det finns en stor grupp arbetslösa, särskilt yngre människor, vilka kan komma att hamna i psykiska kriser av olika slag. Då det handlar om så många individer kommer det att skapa problem då deras behov av krisstöd ställs mot andra patienters behov av kvalificerade långsiktiga insatser.

Samtidigt som övrig vuxenpsykiatri arbetar med att komma tillrätta med sin nyligen genomförda förändring, är PIVA/PAKA en viktig kugge i hela förvaltningens förändrade fokus. För PIVA/PAKA innebär förändringen tvärt om mot övriga vuxenpsykiatrin att tre nya vårdplatser skapas för att ge möjlighet att ta emot de patienter som, trots omfattande insatser, inte klaras inom öppenvården. Med införandet av dagliga strukturerade samtal med fokus på aktuella problemområden, efterföljande samtal för patienter som utsatts för någon form av tvångshandling direkt knutna till händelsen samt enkäter vid vårdavslut, är förhoppningen att patienternas upplevelse av god vård ökar. Patienterna ska ha ett tydligt vårdavslut och även veta vilka vårdinsatser som gjorts och vad som planeras efter vårdtiden i skrift vid varje utskrivning. En mer tydlig samverkan med den somatiska akuten har initierats – ”rätt patient till rätt akut”. Utbildning kommer att krävas för att bedöma vilken nivå och inom vilken tidsram en insats skall göras.

Jämsides med den stora förändringen under våren, har flera mindre utvecklingsarbeten pågått. Inom Vuxenpsykiatri Väst har det pågått ett arbete för att identifiera förbättringsområden för att kunna minska antalet återinskrivningar och höja vårdkvaliteten. Arbetet beräknas vara klart under våren 2015.

Tillströmningen av nya patienter fortsätter att ligga på en mycket hög nivå och öppenvårdsmottagningarna har ibland svårt att få bedömningstiderna att räcka till. De nyskapade Akut- och Rådgivningsteamerna har här en viktig roll. Vuxenpsykiatriskt behandlingsarbete är oerhört engagerande, meningsfullt och kreativt samtidigt som det innebär att långa perioder bära på patienternas missmod, vrede, sorg, tillkortakommande och ångest. Trots alla svårigheter i det direkta behandlingsarbetet är detta lättare att bära när inte allt kretsar kring bristande medel och besparingar som många tidigare år.

Även inom Länsgemensam psykiatri kommer ett Akut- och Rådgivningsteam att bildas. De har ännu inte helt kommit igång med sitt arbete.

Beroendeenheten har kontinuerligt ett mycket stort in- och utflöde av patienter. Vårdtyngden har ökat då flera patienter har en multiproblematik som innefattar både somatisk och beroende/psykiatri. På Beroendemottagningen ökar kontinuerligt antalet patienter och planering har påbörjats om etablering av en filial till beroendemottagning i Karlshamn. Flera patienter har sin hemvist i västra Blekinge och en filial skulle underlätta för dessa. Den planering som startats upp

kring att eventuellt utöka Beroendeenhetens ansvarsområde till att även gälla doping och läkemedelsmissbruk kommer utifrån ansvar som framgår i lagstiftning kopplad till nationella missbruksutredningen och dess riktlinjer. Sprutbyte diskuteras på politisk nivå.

Det psykiatriska äldreteamet har hittat sina arbetsformer och arbetar med patientrelaterad vägledning och stödkontakter. Äldreteamets uppdrag som specialistpsykiatri för äldre har ökat. Flertal remisser in till mottagningen är ställda direkt till äldreteamet. Sedan starten har de vårdsökande haft blandad problematik. Det är patienter med svår BPSD-problematik (beteende- och psykiska symtom vid demenssjukdomar) och patienter med samtidig psykisk grundsjukdom. Remisser kommer främst från primärvården men också från vuxenpsykiatri och Blekingesjukhuset. Ett viktigt mål är att utveckla kunskapen kring patientgruppen äldre framför allt genom internt lärande.

För att uppnå högt ställda krav på kvalitet i verksamheten krävs fortsatt arbete med behandlingsplan för alla patienter, kontaktpersoner, diagnostisering samt funktionsbedömning. Implementering av vårdprogram pågår och förhoppningen är att det leder till att verksamheten lättare får en samsyn på behandling av patienter med dessa sjukdomar.

Under året har levnadsvanor fått allt mer fokus. Redan i slutet av år 2013 beslöts att all sluten psykiatrisk vård ska bli rökfri. Med anledning av detta beslut avvecklades rökrummen under december månad 2013 och patienterna erbjuds nu olika alternativa lösningar t.ex. plåster. Rökstoppet har i princip fungerat mycket bra och många patienter har dragit ner på sin rökning, medan andra till och med har slutat röka. Under året har insatser kring levnadsvanor så sakta ökat. Planering för att kunna erbjuda, i första hand psykospatienter, en hälsoundersökning, blodprovstagning, hälsosamtal m.m. har påbörjats inom Vuxenpsykiatri Väst. Syftet är att minska den somatiska ohälsan för denna patientgrupp och höja livskvaliteten. Aktiviteter kring levnadsvanor blir mer och mer vanliga, framför allt inom mellanvården. Här erbjuds exempelvis dans, olika aktiviteter kring kost och motion.

Den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har under året haft hög eller mycket hög beläggning. Men trots den stora neddragningen av antalet vårdplatser har samtliga avdelningar en lägre beläggingsprocent under år 2014 än under 2013, undantaget är Beroendeavdelningen som ökat något. Totalt för vuxenpsykiatri har medelbeläggningen under året varit 80%, vilket är 3% lägre än föregående år. Här har troligen den nya dagpsykiatri spelat en stor roll.

Antalet vårddagar har minskat med drygt 4.700 jämfört med föregående år som en naturlig följd av det minskade antalet vårdplatser. Antalet vårddagar hade troligtvis kunnat minska ytterligare då under året över 500 vårddagar (eller 1,4 vårdplatser) konstant är belagda med patienter som redan är utskrivningsklara. En del av dessa dagar är psykiatri själv "skuld" till, medan flertalet beror på att utskrivningsförfarandet av olika skäl som psykiatri inte rår över, drar ut på tiden. Ett ytterst litet fåtal av dessa går dock över till betalning av kommunen, då det fortfarande är 30 vardagar som gäller för psykiatri innan betalningsansvarslagen träder i kraft.

### **2.7.2 Barn- och ungdomspsykiatri**

Inom barn- och ungdomspsykiatri har både antalet nysökande och antalet öppenvårdsbesök fortsatt att öka till nära 12.00 besök, vilket är det högsta uppmätta antalet.

Under början av året startade ett pilotprojekt i form av en mottagning för psykisk ohälsa hos barn och unga inom primärvården i Ronneby. Anledningen var att prova utvecklingen av det som man från nationellt håll jobbar för, nämligen en "första linje" för psykisk ohälsa hos barn och unga.

Projektet resulterade i att BUP-mottagningen i Ronneby hade mindre antal nybesök i jämförelse med tidigare. Detta innebär i sin tur att barnpsykiatri i större utsträckning kan ägna sig åt de barn och unga med de största svårigheterna, vilket också var syftet med projektet.

Under året har två nattpersonal anställts av heldygnsvården, vilket betyder att barnpsykiatri inte längre på helgerna behöver använda platsen i lägenheten som finns inom vuxenpsykiatri. Om patienterna inte kan ges permission på helgen, som är förstahandvalet, så vårdas dessa på Kastanjevillan. Eftersom nattpersonalen inte behövs när barnpsykiatri inte har någon inskriven patient, arbetar dessa då istället som extraresurs på PAKA.

Behovet av neuropsykiatrisk utredning är fortsatt högt och frågetecken finns kring hur den nu mycket goda tillgängligheten ska kunna bibehållas vid fortsatt ökad efterfrågan och behov av hjälp samt starka föräldra-önskemål om neuropsykiatriska utredningar.

### **2.7.3 Habiliteringen**

Habiliteringen har fortsatt stor tillströmning av remisser till både barn- och vuxenteamen. Barn och ungdomar med stora rörelsehinder har hela tiden behov av olika behandlingar, hjälpmedel som behöver förnyas då barnen/ungdomarna växer och utvecklas. Dessa barn och ungdomar behöver också hjälp med mat/nutrition, kommunikation samt uppföljning via olika ronder. Detta har inte hunnits med i tillräcklig utsträckning, på grund av bristande resurser.

Flera barn och familjer är i en livssituation med en multipel problematik som kräver samverkan med vårdgrannar som t.ex. barnklinik, BUP, ögonklinik/syncentral, hörselvården m.fl. Andra samverkansaktörer är skola/förskola, socialförvaltning, omsorgsförvaltning, Migrationsverk etc. Det indirekta arbetet kring enskilda patienters omgivning är en stor del av Habiliteringens insatser.

Det är fortsatt hög belastning i vuxenteamen. Det upplevs av teammedlemmarna att ärendens tyngd och komplexitet ständigt ökar och kräver ökad kunskap inom många olika områden; till exempel kultur, samsjuklighet, social problematik, behandlingsmöjligheter och alternativ.

Samtliga team arbetar med ett basutbud av utbildningar som löper under året. Utifrån patientens och närståendes behov och önskemål kompletteras basutbudet med individuella samtal och gruppverksamhet.

## 2.7.4 Verksamhetsstatistik med kommentarer och analys

	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014
<i>Vuxenpsykiatri</i>					
Antal besök	56052	58315	59101	60638	65500
- varav läkarbesök	10573	10938	11066	11902	12007
Antal besök/1000 inv	368	382	387	397	429
Antal avslutade vårdtillfällen	1286	1321	1371	1403	1279
Antal vård dagar under året	22553	22567	19307	19103	14362
- varav med tvångsvård	23%	26%	21%	18%	21,5%
Antal vårdplatser per den 31/12	70	64	64	64	44
Medelvårdtid (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	15,6	17,4	13,5	13,6	13,2
Median (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	7	7	6	6	5
<i>Barn- och ungdomspsykiatri</i>					
Antal besök	11620	11150	11303	11865	11926
- varav läkarbesök	1267	1428	1579	1996	1936
Antal besök/1000 inv	76	73	74	77	78
Antal avslutade vårdtillfällen	48	37	43	49	57
Antal vård dagar under året	438	209	194	263	358
- varav med tvångsvård	11%	6%	10%	6%	2,5%
Antal vårdplatser per den 31/12	4	2	2	2	2
Medelvårdtid (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	12,8	8,9	7,0	7,9	6,3
Median (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	10	5	4	4	5
<i>Habiliteringen</i>					
Antal besök	7929	8422	7522	7617	7902
- varav läkarbesök	734	807	909	992	870
Antal besök/1000 inv	52	55	49	50	52

## 2.7.5 Vård inom länet

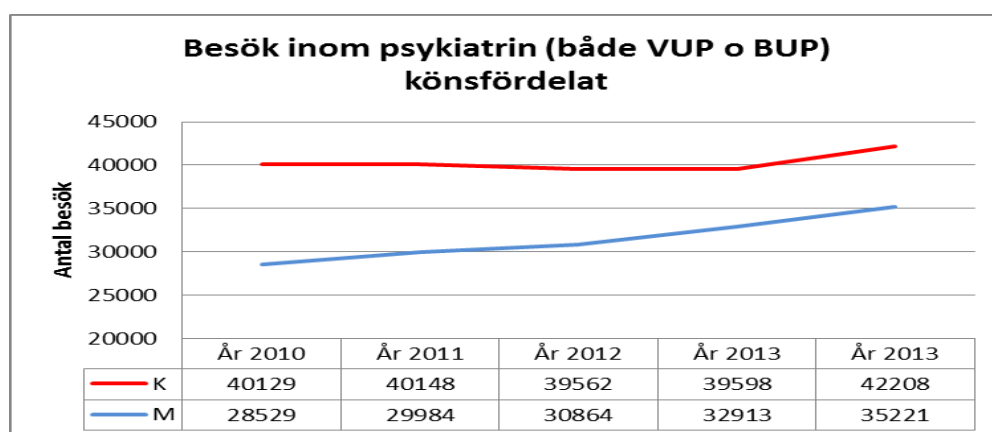
Behovet och efterfrågan av psykiatrisk vård och habilitering är fortsatt hög, se sammanställning ovan samt bilaga 3. Antalet öppenvårdsbesök inom psykiatri har ökat med drygt 4.900 besök sedan föregående år (och med nära 9.000 besök sedan år 2010) och uppgick under året till 77.426 besök. Besöken inom habiliteringen har ökat något sedan föregående år till 7.902 besök – ungefär samma nivå som år 2010. Antal besök ovan gäller om man ser till begreppet ”besök” ur patientens synvinkel, d.v.s. räknar patientbesök. Om man istället är intresserade av hur många av personalen som är engagerade i de här besöken, s.k. ”prestationsbesök”, så har antalet ökat konstant sedan år 2008 då detta först började mätas och fram t.o.m. år 2011. Under år 2012 minskade antalet prestationsbesök minskat något, för att sedan åter öka. Om man ska använda begreppet pre-

stationsbesök måste man vara medveten om hur beräkningsreglerna för dessa är. Av den anledningen har psykiatri och habiliteringen valt att fokusera på antalet patienter som faktiskt besöker verksamheten, då vi anser att det bäst svarar upp mot det önskade ”patienten i centrum”. Med tanke på den kraftiga förskjutning av resurser från sluten vård till öppen vård är utvecklingen inom öppenvården helt i linje med de satsningar som gjorts.

Förvaltningen registrerar och redovisar också s.k. ”övriga vårdkontakter” (vårdkontakter som inte uppfyller Socialstyrelsens definitioner på besök, men som ändå tar tid och resurser i anspråk – det kan t.ex. röra sig om stödkontakter med f.d. patienter, stöd åt närstående, konsultationer m.m.). Denna typ av vårdkontakter minskar kontinuerligt inom psykiatri och förekommer i stort sett inte alls inom habiliteringen.

Överlag används förvaltningens resurser för behandling av patienter med stort lidande och med stora funktionsnedsättningar. Inom psykiatri är patienter med intensiva kriser, där det finns risk för destruktivt/självdestruktivt utagerande, en av de prioriterade patientgrupperna. Unga människor med tidiga tecken på framväxande allvarliga psykiatriska problem, är en annan. Den höga belastningen sliter på personalgruppen som känner sig otillräcklig och därav har gränsdragningsfrågor och prioriteringar blivit alltmer framträdande på remisskonferenser och i jourarbetet. I habiliteringens grunduppdrag ingår habilitering till barn med utvecklingsstörning och rörelsehinder. Under mitten av 90-talet tillkom även habilitering för vuxna. Uppdraget att utreda barn och ungdomar för neuropsykologisk diagnos tillkom i slutet av 90-talet. Detta uppdrag omfattar i dagsläget inte vuxna.

Den trend som märkts under de senaste 5-6 åren om en ökande andel pojkar/män som besöker öppenvårdspsykiatri, håller i sig även år 2014. Andelen besök av pojkar/män har ökat med 23% sedan år 2010 (vuxenpsykiatri: +24%, barn- och ungdomspsykiatri: +19%). Även bland andelen unika patienter är det pojkar/män som står för den stora ökningen: Inom vuxenpsykiatri har antalet manliga patienter ökat med 6% sedan 2010 (medan kvinnor minskat med 8%), inom barn- och ungdomspsykiatri har antalet pojkar ökat med hela +28% sedan år 2010 (flickorna är i princip kvar på samma nivå som år 2010). Fortfarande är det ändå flickor/kvinnor som står för merparten av besöken och är flest antalsmässigt, även om skillnaden speciellt inom vuxenpsykiatri är betydligt mindre än 2010.



Inom vuxenpsykiatri är det åldersgruppen 20-29 år som står för den största andelen av öppenvårdsbesöken (23% av samtliga besök). Antalet besök minskar sedan ju högre upp i åldersgrupperna man kommer. Besök inom åldersgruppen 30-39 år fortsätter att öka och är den grupp som ökat allra mest sedan år 2010.

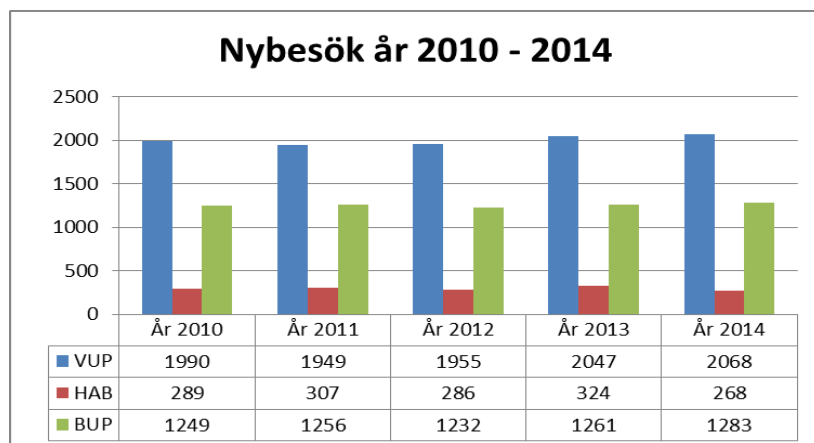
Totalt för vuxenpsykiatri är nästan en tredjedel (32%) av patienterna 30 år eller yngre. Det är en stor ökning av unga vuxna sedan föregående år då andelen var 27%. Andelen patienter under 30 år har ökat kontinuerligt inom vuxenpsykiatri sedan år 2010.

Inom barn- och ungdomspsykiatri görs flest besök inom åldersgruppen 13-17 år, medan den största ökningen även fortsättningsvis sker i åldersgruppen 7-12 år, där pojkarna ökade sitt besöksantal mellan år 2010-2014 med 55% och när nog fördubblade det mellan 2009-2014. Det är också den åldersgrupp med flest besök för pojkar, medan det är flest besök för flickor i åldern 13-17 år.

Inom habiliteringen är det fortfarande fler besök inom åldersgruppen 0-6 år, och här har också skett en kraftig ökning de senaste åren, som till största delen består av besök av flickor. Även inom habiliteringen har antalet pojkar/män ökat mellan år 2010-2014 (+7%), medan flickor/kvinnor har minskat (-10%). Patienter över 18 år står för ca 25% av alla besök under året.

Antalet patienter som besöker förvaltningens verksamhet varierar något mellan åren; för habiliteringens del var antalet år 2014 ca 1.150 patienter, vuxenpsykiatri ca 5.700 patienter och för barn- och ungdomspsykiatri ca 2.050 patienter. Antalet nybesök ligger totalt sett ganska konstant kring 3.500. Både vuxenpsykiatri och barnpsykiatri har ökat något under året, medan habiliteringen minskar.

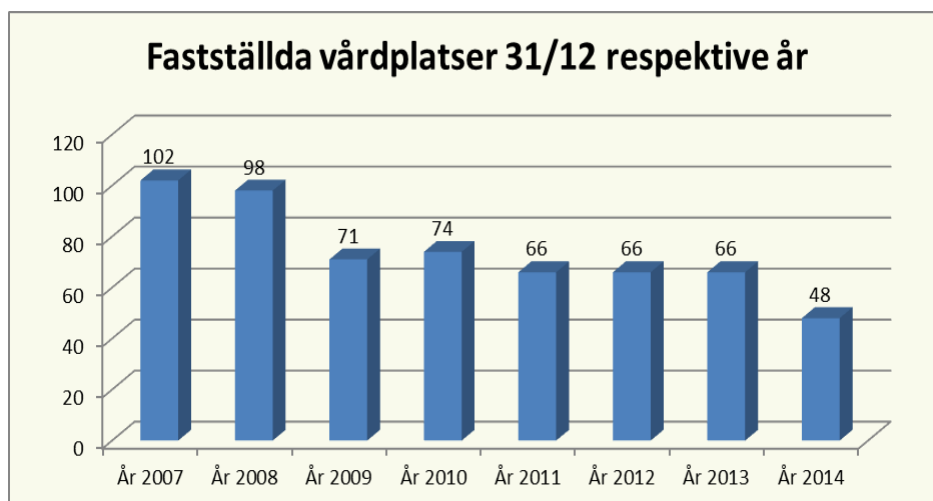
Ovanstående uppgifter om antal besök och nybesök betyder att under år 2014 besökte 341 patienter psykiatri eller habiliteringen **varje vardag** (262 inom vuxenpsykiatri, 48 inom barn- och ungdomspsykiatri samt 32 inom habiliteringen). Av dessa var 14,5 nysökande (8,3 inom vuxenpsykiatri, 5,1 inom barn- och ungdomspsykiatri och 1,1 inom habiliteringen) varje vardag.



Inom heldygnsvården har antalet vård dagar fortsatt att minska inom vuxenpsykiatri, (-4741 vård dagar) främst beroende på den förskjutning av resurser från slut- till öppenvård som skett under året. Barn- och ungdomspsykiatri har däremot ökat (+95 dagar).

Med det minskade antalet vårdplatser krävs ett helt annat sätt att arbeta. Betydligt större samverkan mellan slutenvården och främst Mellanvården är en förutsättning för att pusslet med slutenvårdsplatser ska kunna gå hop med det behov som finns. Samtidigt är det en möjlighet för de patienter som inte behöver vård hela dygnet men som inte heller klarar sig med enbart en kontakt med öppenvårdsmottagningarna, att kunna slussas ut via en period på Mellanvården. Dagpsykiatri (som tillhör Mellanvården) är här den buffert som gjort detta möjligt.

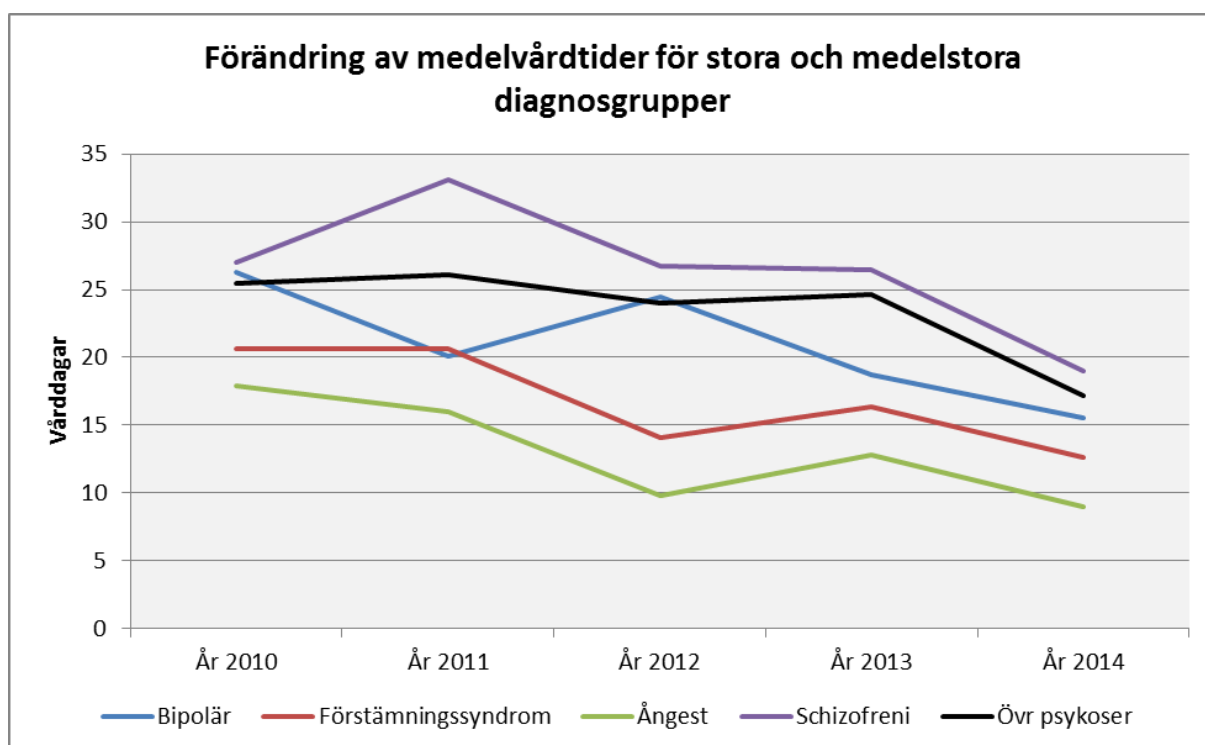




I ovanstående bild ingår inte de tre vårdplatser som tillkommer på Psykakuten (PAKA) respektive Psykiatriska Intensivvårdsavdelningen (PIVA). Dessa platser blir tillgängliga först år 2015.

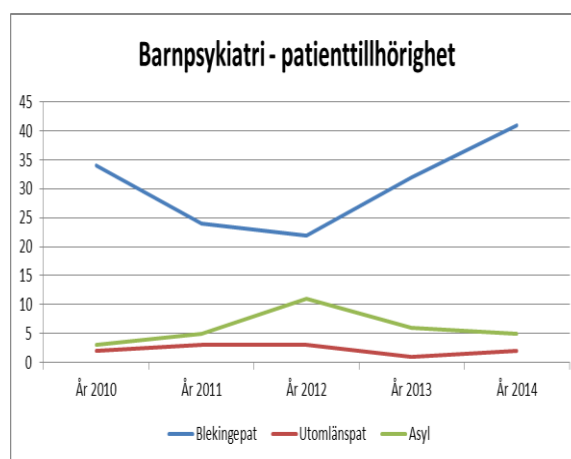
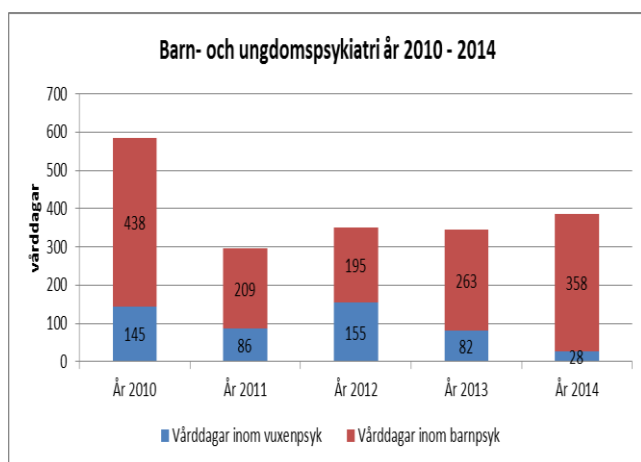
I en jämförelse mellan år 2010 och år 2014 för den totala heldygnsvården inom psykiatri kan man se att i princip allra diagnosgrupper minskat medelvårdtiden per vårdtillfälle under året (gäller samtlig vård under året och inte bara avslutade vårdtillfällen). Den största minskningen av medelvårdtiden för medelstora och stora diagnosgrupper har skett inom diagnosgrupperna Bipolära sjukdomar, Förstämmningssyndrom och Ångest där medelvårdtiden minskat med mellan 9-11 vård dagar. Även för Schizofreni och Övriga psykoser, har medelvårdtiden minskat rejält.

Den överlägset största diagnosgruppen, med flest vårdtillfällen och antal patienter, är missbruk och beroende. Antalet vårdtillfällen har ökat med 18% sedan 2010 och antalet unika patienter med ca 11%. Medelvårdtiden har minskat med 2,4 vård dagar per vårdtillfälle under samma period.



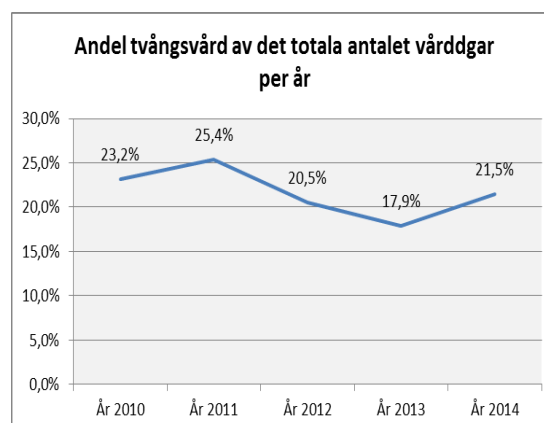
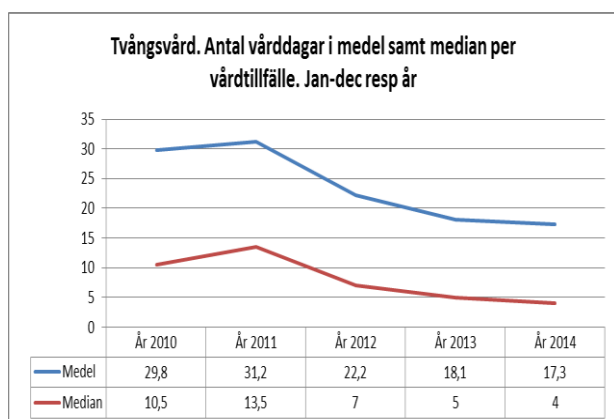
Totalt sett är det betydligt färre kvinnor som vårdas inom heldygnsvården, både sett till unika individer och antalet vårdtillfällen, även om antalet individer utjämnats något. Däremot är medelvårdtiden överlag längre för kvinnor än för män – år 2014 var medelvårdtiden för kvinnor 13,3 vård dagar mot 8,8 vård dagar för män. Anledningen till detta förhållande är troligen att i den största diagnosgruppen – missbruk och beroende – vårdas endast vid en fjärdedel av alla vårdtillfällen en kvinna. Det är också denna diagnosgrupp som har en av de kortaste medelvårdtiderna.

Antalet vård dagar inom barn- och ungdomspsykiatri har under året varit ovanligt högt, så även antalet patienter. Detta är ändå inte i närheten av antalet vård dagar för 5-6 år sedan då antalet låg på över 1.000. I årets siffror ingår inte bara akut barnpsykiatri utan även planerad inskrivning för observation eller med ett specifikt syfte, t.ex. läkemedelsinställning. Patienterna från Blekinge har ökat ganska markant under året.



### 2.7.6 Tvångsvård

Både antalet och andelen vård dagar med tvångsvård har kontinuerligt minskat sedan år 2010. Årets antal är det lägsta på flera år. (En minskning av antalet vård dagar med tvångsvård med 42% mellan år 2010 och år 2014) Även antalet individer som vårdats med tvång har minskat (minskning med 9%) även om det inte är lika markant som antalet vård dagar. Det betyder också att varje enskild individ har vårdats kortare tid med tvång. Medelvårdtiden per vårdtillfälle med tvångsvård år 2010 var 29,8 dagar mot 17,3 år 2014. Ett flertal insatser har gjorts för att förkorta och förbättra tvångsvården, bl.a. genom att heldygnsavdelningarna deltagit i det nationella projektet ”Bättre vård – Mindre tvång” samt en utbyggnad av öppenvården för ett förbättrat omhändertagande av de svårast sjuka patienterna. Den stora minskningen av antalet vård platser har påverkat andelen tvångsvård inom heldygnsvården.



### **2.7.7 Vård utanför länet**

Förvaltningen arbetar mycket aktivt med att försöka minimera den remitterade vården utanför länet. Endast i undantagsfall förekommer remisser utanför länet och i då oftast för mycket svåra patienter som vårdas enligt LPT (psykiatrisk tvångsvård). Varje potentiell remiss tas upp i förvaltningens ledningsgrupp för diskussion innan den godkänns. Ofta kan man gemensamt finna på nya vägar för att undvika att skicka patienter utanför länet. Under år 2014 har ingen patient remitterats för LPT-vård (tvångsvård) utanför länet av orsaker beskrivna ovan.

Däremot kan förvaltningen inte påverka de patienter som vårdas utanför länet enligt LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård), d.v.s. de dömda patienterna. Antalet dömda fortsätter att öka. Dessa patienter är mycket kostnadskrävande. Under år 2014 har patienter som vårdats utanför länet enligt LRV kostat förvaltningen drygt 31,5 mkr.

Vård enligt det fria vårdvalet (både öppen och slutna vård) samt remittering till behandlingshem uppgick till ca 8,2 mkr. Både den slutna och den öppna vården har ökat jämfört med föregående år.

### **2.7.8 Asylsökande**

Antalet besök för asylsökande är något lägre än föregående år, och det är barnpsykiatrien som har den allra största andelen. Inom habiliteringen kan man se en kontinuerlig ökning av antalet besök av asylsökande. Det är på pappret en relativt låg siffra men verkligheten bakom innebär ibland många timmars arbete när barn i asylsökande familjer kommer till Habiliteringen och saknar de mest grundläggande hjälpmedlen som exempelvis en rullstol.

### 3 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer

Mål 1: Hållbarhetskrav i upphandlingar ska öka, där så är relevant. (LS/HSN)

Mål 2: Miljö- och hållbarhetsarbetet ska integreras och systematiseras på fler nivåer i fler verksamheter. Det ska vara en naturlig del av verksamhetens övriga kvalitets- och utvecklingsarbete. Ständiga miljö- och hållbarhetsförbättringar ska eftersträvas, i enlighet med landstingets miljöprogram (LS/HSN)

Mål 3: Landstinget ska verka för en god regional samverkan för hållbar utveckling i länet (LS)

Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning
<b>Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer</b>				
Integrerat systematiskt miljö- och hållbarhetsarbete	Samtliga enheter arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar i ett integrerat ledningssystem	Andel enheter som arbetar systematiskt med miljö- och hållbarhetsförbättringar i ett integrerat ledningssystem	Faktiskt värde i årsbokslut 2013	Arbetet är integrerat i det vardagliga arbetet, men inte systematiserat

#### Kommentarer och analys

Landstingets mål 2 för miljöarbetet ligger till grund för förvaltningens miljöarbete, vilket ingår som en naturlig del i all verksamhet. Förvaltningen har inte något eget ledningssystem för miljö, men kommer att använda sig av ett sådant när detta finns att tillgå i landstinget.

Varken psykiatrin eller habiliteringen är så resurskrävande när det gäller fysisk miljö och är dessutom i de flesta fall beroende av andras miljöhänsyn vad gäller uppvärmning etc.

De områden som landstinget särskilt fokuserar på är:

**Energianvändning:** Här arbetar förvaltningen för att spara el i den mån det går. De flesta tänker på att släcka lampor och datorer när de inte behövs. Förvaltningens verksamhet är i sig inte någon storkonsument av energi; inte mycket apparatur eller liknande används.

**Avfall:** Samtliga enheter arbetar med källsortering enligt de anvisningar som finns.

**Hållbar upphandling:** Beroende av de regler som finns i landstinget, ingen egen upphandling.

**Kemikalier:** Inga särskilda insatser på området.

**Läkemedel:** Tydliga rutiner för finns miljöfarligt avfall såsom läkemedel.

**Miljöbilar:** Landstingets bilpool används. Samåkning eller allmänna kommunikationer när så är möjligt.

**Transport av farligt gods:** Ej aktuellt för förvaltningen.

**Övrigt:** En utvidgning av användandet av videokonferenser mellan heldygsvård och öppenvård har skett inom både barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin. Telefonkonferenser och vidareutveckling av videokonferenser inom habiliteringen. Viss handledning inom habiliteringen sker via säker Skype.

Förvaltningens miljöarbete sker utifrån den verksamhet som bedrivs och de förutsättningar som finns. Arbetet skulle säkert kunna ske mer systematiserat än idag om det funnits kunskap och resurser.

Landstingets mål nr 1 och 3 är inte aktuellt inom förvaltningen.

## 4 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

### 4.1 Uppföljning av förvaltningens mål

Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning
<b>Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter</b>				
Rätt till heltidsanställning	Rätt till heltidsanställning Alla medarbetare ska ha en grundanställning på heltid.	Andelen heltidsanställda ska öka och andelen deltidsanställda med önskan om heltid 2013 12 31	91,6%	Andelen heltidsanställda har ökat med 1,4% till 93%. Alla medarbetare har önskad sysselsättningsgrad.
Kompetensförsörjning	95 % av de tillsvidareanställda medarbetarna ska ha ett medarbetarsamtal under året och ha en individuell utvecklingsplan	Andel tillsvidareanställda medarbetare som har haft medarbetarsamtal och har en individuell dokumenterad utvecklingsplan	Medarbetarsamtal: 95,0% Individuell utvecklingsplan: 88,1%	Medarbetarsamtal: 90,5% d.v.s. en sänkning med 5,0% Individuell utvecklingsplan: 87,1%, d.v.s. en sänkning med 1,0%
Kompetensförsörjning	Alla avdelningschefer ska ha en dokumenterad kompetensförsörjningsplan för sina respektive verksamheter	Andel avdelningschefer som har en dokumenterad kompetensförsörjningsplan för sina respektive verksamheter	100%	100%
En adekvat läkarbemanning	Att kontinuerligt ha minst 10 ST-läkare anställda samt att rekrytera minst 12 vuxenpsykiater under perioden 2013 – 2016	Antalet ST-läkare inom psykiatri samt rekryteringen av överläkare	Antal anställda 2013: 4,00 ST-läkare 9,75 vuxenpsykiater	Rekrytering: 6 ST-läkare = 10 5 vuxenpsykiater = 14,75
Medarbetar-engagemang	Landstingets index för Hållbart medarbetarengagemang (HME) ska öka	Index för hållbart medarbetarengagemang (HME)	HME - 75	77 d.v.s. ökning med 2
Intern kommunikation	Alla chefer ska ha en handlingsplan för intern kommunikation	Andelen chefer som har en handlingsplan för intern kommunikation	100%	100%

#### **4.1.1 Rätt till heltid**

##### **Kommentarer och analys**

Förvaltningen har sedan många år arbetat med frågan om rätt till heltid och samtliga medarbetare har den sysselsättningsgrad som de önskar. Alla medarbetare kan inte arbeta heltid t.ex. på grund av sjukdom eller partiell pension. Andelen heltidsanställda i förvaltningen var den 31/12 2014 93,0%. Motsvarande siffra den 31/12 2013 var 91,6%. Förvaltningen har nått målet om att andelen heltidsanställningar ska öka och samtliga medarbetare som kan och vill har en anställning på heltid. Alla nyanställda medarbetare erbjuds anställning på 100%.

#### **4.1.2 Samverkan**

##### **Kommentarer och analys**

Under året har 90,5% av förvaltningens medarbetare haft medarbetarsamtal och 87,1 har en individuell dokumenterad utvecklingsplan. För medarbetarsamtalen är detta en sänkning mot föregående år med 5,0% och för individuella dokumenterade utvecklingsplaner är det en sänkning med 1,0%. Detta gör att förvaltningen inte når det uppsatta målen. En analys av den minskade siffran visar på att det är en avdelning som inte hunnit ha alla samtal innan årsskiftet utan samtalen är inplanerade under januari år 2015. Det har också framkommit att en del beror på bristande registrering i Heroma. Detta är något som förvaltningen tidigare år har varit mycket bra på men en förbättring måste ske under 2015. Förvaltningen ser medarbetarsamtalen och de dokumenterade individuella utvecklingsplaner som en naturlig och viktigt del i verksamheten och arbetet fortskrider med att alla medarbetare ska ha individuella mål.

#### **4.1.3 Kompetensförsörjning**

##### **Kompetensförsörjningsplaner**

##### **Kommentarer och analys**

Förvaltningen bedriver en verksamhet där arbetssättet ställer krav på en mångsidig och tvärprofessionell personalsammansättning och där rätt kompetens är en garant för att hålla en god kvalitet i patientarbetet. Inom psykiatri- och habiliteringsförvaltningen ses utbildning och handledning som nyinvestering. Utbildningsbehovet inom förvaltningen är stort och kommer att öka under många år framöver eftersom kompetens försvinner då många medarbetare med lång erfarenhet går i pension och verksamhetens kontinuerliga utveckling leder till ökat kompetenskrav. Det är därför mycket viktigt att förvaltningen arbetar med att få en strukturerad kompetensförsörjningsprocess.

Samtliga förvaltningens avdelningschefer (17 st.) har kompetensförsörjningsplaner (d.v.s. 100 %) och förvaltningen når därmed målet. Under 2014 har kompetensförsörjningsplaner tagits fram på flertalet basenheter. Arbetet med att förbättra, fördjupa och ytterligare strukturera upp förvaltningens kompetensförsörjningsprocess kommer att fortgå kontinuerligt.

##### **Adekvat läkarbemanning**

##### **Kommentarer och analys**

Läkarsituationen i förvaltningen är mycket bekymmersam. Vid årsskiftet fanns ett 50 procentigt vakansläge på överläkare inom vuxenpsykiatri och 30 procentigt vakansläge inom habiliteringen. Barn- och ungdomspsykiatri har i stort sett bemanning med överläkare enligt budget. Läkarsituationen innebär att läkarna är hårt belastade och har en ansträngd arbetsmiljö. Förvaltningen vidtar

kontinuerligt åtgärder, såsom utlandsrekrytering, kontinuerlig annonsering, anlitan­de av rekryteringsfirma och deltagande i rekryteringsmässor.

Psykiaterbristen är stor i hela landet. Förvaltningen har år 2014 ett mål om att under perioden 2013-2016 kontinuerligt ha 10 ST-läkare anställda och att rekrytera minst 12 överläkare. Under 2014 har en ST-läkare blivit färdig specialist i psykiatri och fyra psykiater har rekryterats med anställningsstart i början av 2015. Under 2015 kommer därför vakansläget inom vuxenpsykiatrin att successivt sjunka till ca 40%, d.v.s. brist på totalt 9 psykiater. Rekryteringsarbete fortsätter under 2015.

Under de senaste två åren har det märkts ett ökat intresse bland AT-läkarna för ST-placering inom psykiatrin, vilket är mycket positivt. Detta har lett till att förvaltningen under 2014 har rekryterat 6 ST-läkare och har totalt nio anställda ST-läkare vid årsskiftet. Ytterligare en ST-läkare har anställts med tillträde under våren 2015 samtidigt kommer en ST-läkare att lämna psykiatrin av personliga skäl. Förhoppningen är att intresset för psykiatri och habilitering kommer att kvarstå och förvaltningen fortsätter att arbeta aktivt för att anställa fler ST läkare.

#### **4.1.4 Medarbetarengagemang**

##### **Kommentarer och analys**

HME- mätningen som genomfördes under hösten 2013 hade en relativt hög svarsfrekvens inom förvaltningen, 71% och år 2014 var svarfrekvensen hela 82%.

Resultatet i HME-mätningen 2014 visade på en ökning av index med 2. Samtliga delindex har ökat, motivation med 1, ledarskap med 4 och styrning med 2. Detta är mycket positivt för förvaltningen och är ett kvitto på att den verksamhetsutveckling som har skett har genomförts på ett mycket bra sätt och att förvaltningen har mycket duktiga chefer.

Basenheterna och avdelningarna kommer att utifrån resultatet av medarbetarundersökningen, som genomfördes under hösten 2014, arbeta vidare men det som behöver utvecklas och förvalta det som redan är bra.

#### **4.1.5 Intern kommunikation**

##### **Kommentarer och analys**

Samtliga basenheter **har interna** kommunikationsplaner. Flertalet verksamheter har valt att ha en gemensam strategi för hur kommunikationen ska fungera inom hela basenheten. Inom de verksamheter där det finns behov av planer på avdelningsnivå har avdelningscheferna jobbat fram egna kommunikationsplaner. Förvaltningen når målet om att samtliga chefer inom förvaltningen har en intern kommunikationsplan för sin verksamhet, d.v.s. 100%.

## **4.2 Personalstatistik**

Utförd arbetstid har ökat med 12,0 årsarbetare jämfört med föregående år. Vid årsskiftet 2014 utökades personalbudgeten med ca 5,0 mkr vilket kan omsättas till 9-10 anställningar. Det har även rekryterats några medarbetare för att möta framtida pensionsavgångar. Att möta människor i utsatta situationer kräver en längre kompetensöverföring mellan medarbetare för att kunna bibehålla en god kvalitet i behandlingsarbetet.

Det finns en stor personalrörlighet i grupperna psykolog och sjuksköterska. Detta gör att förvaltningen måste tänka långsiktigt. När det gäller psykologer gäller det att anställa PTP-psykologer (Praktisk Tjänstgöring för Psykologer) och arbeta för att de väljer att stanna kvar efter avslutad PTP-tjänst. Ett problem är dock att de psykologer som finns ska hinna med att vara handledare för PTP. Jämfört med föregående år har utförd arbetstid för leg psykolog ökat med 1,16 årsarbetare medan PTP har minskat med -4,88. Utförd arbetstid har ökat för sjuksköterskor p.g.a. långsiktig planering att tillsvidareanställda vikarierande specialistutbildade sjuksköterskor samt de som önskar specialistutbilda sig. Detta för att minska sårbarheten vid personalrörligheten och pensionsavgångar.

Övertiden har ökat med 0,18 årsarbetare och mertiden minskat med 0,17 årsarbetare.

Nyttjandet av timavlönade har ökat med 1,28 årsarbetare från 5,87 år 2013 till 7,15 år 2014. Ökningen är störst i skötargruppen med 1,45 årsarbetare. Timanställda läkare stod år 2013 för 1,49 årsarbetare och 1,50 år 2014.

Frånvaron har ökat mellan åren med 5,9 årsarbetare. Störst förändring finns gällande ökat semesteruttag 3,3 årsarbetare, en ökad sjukfrånvaro 1,8 årsarbetare, utbildning 1,8 årsarbetare samt övrig frånvaro med lön 1,2 årsarbetare. Ett ökat semesteruttag är dels positivt genom att medarbetarna får önskad semester som leder till bra arbetsmiljö dels att medarbetarna tar ut sin semester istället för att öka på semesterberget.

Den ökade frånvaron för utbildning är ett led i utvecklingsarbetet inom vuxenpsykiatri. Även den ökade frånvaron med lön står för deltagande på utvecklingsdagar inför förändringen.

Sjukfrånvaron har ökat med 3,6 dagar per anställd vilket beror på att det finns fler långtids-sjukskrivna medarbetare. Dessa sjukskrivningar är mestadels av somatisk karaktär och inget arbetsgivaren kan påverka. Där det finns problem relaterade till arbete arbetar berörd verksamhet aktivt med rehabiliteringsåtgärder.

Antalet anställda i förvaltningen var i december år 2014 totalt 492 varav 465 tillsvidareanställda och 27 visstidsanställda. I december år 2013 var motsvarande antal 501 varav tillsvidareanställda var 463 och visstidsanställda 38. En ökning av antalet tillsvidareanställda med 2 personer.

Andelen heltidsanställda i förvaltningen var den 31/12 2014 93,0%. Motsvarande siffra den 31/12 2012 var 91,6%. Förvaltningen har en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 97,7%.

### **4.3 Nyttjande av inhyrda respektive arvoderade läkare samt inhyrda sjuksköterskor avseende perioden 1 januari – 31 december 2014**

Läkarsituationen i förvaltningen är mycket bekymmersam. Prognosen fram till år 2020 avseende psykiater visar dessutom att bristen kommer att öka ytterligare p.g.a. pensioner, vilket är mycket oroande.

Behovet av hyrläkare har varit stort under hela året. Arbetade timmar och kostnaderna för hyrläkare har ökat vilket är en konsekvens av den rådande bristen på överläkare och p.g.a. att det vid årsskiftet år 2013/2014 inrättades två nya överläkartjänster inom förvaltningen. Utförd arbetstid för anställda överläkare har ökat med 1,11 årsarbetare. Arbetade timmar för hyrläkare har ökat från 10,29 årsarbe-



tare år 2013 till 11,06 årsarbetare år 2014 d.v.s. en ökning med 0,77. Arbetet med att försöka minska hyrläkarberoendet kommer att fortgå under 2015.

Den långsiktiga lösningen på vakansläget är att anställa ST-läkare i den omfattning som verksamheten medger. Förvaltningens budget kommer 2015 att förstärkas med 4,5 miljoner för att få en adekvat budget som motsvarar ytterligare 5 ST-tjänster. Under de senaste två åren har det märkts ett ökat intresse bland AT-läkarna för att ta ST-placering inom psykiatri, vilket är mycket positivt. Detta har lett till att förvaltningen under 2014 har rekryterat 6 ST-läkare och har totalt nio anställda ST-läkare vid årsskiftet, en ST-läkare påbörjar sin anställning under våren 2015. Vidare har Barnkliniken två anställda ST-läkare som kommer att subspecialisera sig till barnhabiliteringsläkare efter avslutad specialistutbildning till barnläkare. Förhoppningen är att intresset för psykiatri och habilitering kommer att kvarstå och förvaltningen kommer att fortsätta att arbeta aktivt för att anställa fler ST-läkare.

Parallellt med arbetet att anställa ST-läkare arbetar förvaltningen med att försöka anställa psykiater genom att kontinuerligt annonsera, anlita rekryteringsfirma och delta i flera rekryteringsmässor. Under 2014 har en ST-läkare blivit färdig specialist i psykiatri samt att förvaltningen anställt fyra överläkare med anställningsstart i början av 2015. Rekryteringsarbetet kommer att fortgå under nästa år. Trots detta förväntas förvaltningen ha stora kostnader för hyrläkare även under 2015.

I rekryteringsarbetet har det tydligt framkommit att löneläget i Blekinge för psykiater ligger lägre än i angränsade landsting. En situation som omöjliggör rekrytering. En lönestrukturförändring skulle medföra möjlighet att lyckas i rekryteringsarbetet. Anställda läkare ger bättre patientsäkerhet, bättre arbetsmiljö och inflyttning till länet som ger högre skatteintäkter. Finansieringen sker genom minskning av hyrläkarkostnaderna.

#### **4.4 Arbetsmiljö**

Arbetet är för medarbetarna periodvis oerhört slitsamt samtidigt som det är mycket engagerande. Behandlingsarbetet är förbundet med risker som ofta är svårbedömda vilket för medarbetarna utgör en kraftig stressfaktor. Viktigt för en god arbetsmiljö är att medarbetarna är och känner sig delaktiga och har möjlighet att påverka sin arbetssituation. Det pågår en ständig dialog om arbetsmiljön inom förvaltningens enheter. Förutsättningar för delaktighet/dialog skapas genom regelbundna arbetsplatsträffar, klinikmöten och planeringsdagar.

Den verksamhetsutveckling som genomförts 1 april medförde en ökad stress på samtliga medarbetare. För att på ett bra sätt hantera detta har mycket tid lagts på samverkan, både representativ samverkan genom BSG och även direkt samverkan genom APT och utvecklingsdagar. Trots den ökade stressen som funnits i organisationen har medarbetarna arbetat på och visat stort engagemang, stor flexibilitet och arbetsglädje. HME mätningen visar att förvaltningen har klara detta arbeta mycket bra.

Skyddsronder genomförs på arbetsplatserna med avdelningschefer och skyddsombud. Arbetsmiljön är alltid med som en punkt på arbetsplatsträffarna. Ingen returnering av arbetsmiljöarbetsuppgifter har skett.

#### **4.5 Viktiga händelser inom personalområdet samt arbete med kostnadskontroll**

Den stora verksamhetsutveckling som genomfördes 1 april 2014 har påverkat och engagerat medarbetarna under hela 2014 och flera år innan dess. Arbetet har krävt mycket dialog och samverkan i förvaltningen vilket har skett både inom och mellan basenheter. Utvecklingsarbetet inom vuxenpsykiatri har lett till stora satsningar på att utbilda samtliga medarbetare. Det har varit utbildningar i bl.a. akutpsykiatri, GAF-skattning, motiverade samtal och IPT. Det goda resultatet av HME-mätningen visar att förvaltningen klarat att ha en bra arbetsmiljö genom omställningen och att förvaltningens chefer gjort ett mycket gott arbete.

Under våren 2013 startade upphandlad Steg 1-utbildningen där 27 medarbetare deltar. Denna utbildning har pågått under hela 2014 och kommer att avslutas våren 2015. Det är mycket kostnadseffektivt för förvaltningen att utbildningen bedrivs i länet då avsevärt fler medarbetare kan delta.

Förvaltningen har under de senaste åren haft bemanningssvårigheter gällande läkare (beskrivs ovan). Även problemet med att rekrytera legitimerade psykologer och specialistutbildade sjuksköterskor kvarstår. Svårigheten att rekrytera psykologer har lett till att förvaltningen i många fall valt att rekrytera PTP-psykologer och arbetar för att de väljer att stanna kvar som leg psykolog efter avslutad PTP-tjänst. Under 2014 har detta dock inte lyckats fullt ut eftersom det är problem för verksamheternas legitimerade psykologer att hinna handleda. Det är mycket viktigt att förvaltningen och landstinget fortsätter att aktivt arbeta för att vara en attraktiv arbetsgivare så vi kan möta både nuvarande och framtida bemanningsbehov.

## 5 Målområde - En stabil ekonomi för hållbar kostnadsutveckling

### 5.1 Uppföljning av förvaltningens mål

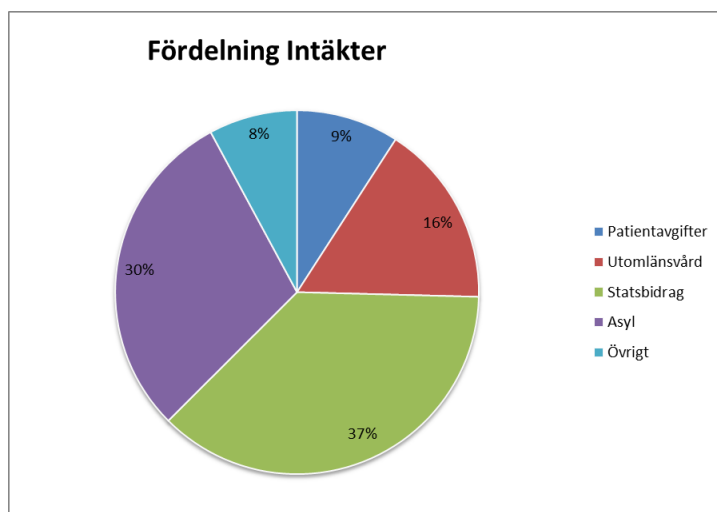
Målområde	Mål	Mått	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning
<b>En stabil ekonomi för hållbar kostnadsutveckling</b>				
Styrinstrument ska bidra till ekonomisk stabilitet och en ekonomi i balans: Använda rätt läkemedel	Samtliga basenheter inom psykiatrin ska en gång om året gå igenom förskrivningsmönster (helst tillsammans med primärvården)	Andel basenheter som haft info om sitt förskrivningsmönster av läkemedel	Faktiskt värde i årsbokslut 2013	100% alla har gått igenom sitt förskrivningsmönster.
Kostnadsmedvetenhet och kontroll ska ge effektiva verksamheter.	Alla basenheter ska hålla sig inom tilldelad budget. Vid negativt resultat ska åtgärdsplan redovisas	Budgetavvikelse på intäkter, personal, drift och kapitaltjänstkostnader (IPDK)	Faktiskt värde i årsbokslut 2013	Förvaltningen håller i stort sett budget med endast ett litet överskridande på 0,2%
	Nettokostnadsutvecklingen ska vara lägre eller lika med fastställda uppräkningsfaktorer i gällande budget.	Förvaltningens nettokostnadsutveckling, lägre eller lika med fastställda uppräkningsfaktorer i gällande budget. Anges i %		Nettokostnadsutvecklingen är på 2,9% vilket är högre än fastställd uppräkningsfaktor
	Personalkostnadsutvecklingen ska vara lägre eller lika med fastställda uppräkningsfaktorer i gällande budget.	Förvaltningens personalkostnadsutveckling, lägre eller lika med fastställda uppräkningsfaktorer i gällande budget. Anges i %		Personalkostnadsutvecklingen är på 8,1% vilket är högre än fastställd uppräkningsfaktor

### Kommentarer och analys

Utfallet för år 2014 är 402,0 mkr vilket är 0,9 mkr högre än budget och 11,4 mkr högre än föregående år.

#### Intäkter

Intäkterna är 45,9 mkr vilket är 27,4 mkr högre än budget. Detta beror på att förvaltningen har fått statsbidrag på 16,2 mkr vilket är 6,3 mkr högre än föregående år. Förvaltningen har även höga intäkter för asyl som ligger på 13,6 mkr vilket är 4,3 mkr högre än föregående år. Inför 2014 så har förvaltningen ökat intäktskravet med 5,0 mkr vilket förvaltningen väl klarar att nå upp till. Asylens står i dagsläget för 30% av intäkterna och statsbidragen står för 37% av intäkterna. I augusti fick förvaltningen 2,0 mkr i bonus från landstingservice på grund av ett överskott föranlett av förskjutningar i investeringstakten innevarande år.



### Personal

Kostnaden för personal är 293,2 mkr vilket är 20,8 mkr högre än budget och 21,9 mkr högre än föregående år. Kostnaden för anställd personal är 254,8 mkr vilket är 9,2 mkr lägre än budget. Förvaltningen har ett vakansläge på ca 50% på specialistläkarsidan vilket gör att förvaltningen har lägre kostnader än budget på anställd personal. I 2014 års löneöversynsförhandling saknades täckning för vakanta överläkartjänster vilket beräknas till 0,2 mkr. Jämfört med föregående år har förvaltningen betydligt högre personalkostnad vilket beror på utökad personalbudget med ca 5,0 mkr innevarande år. Dessutom är flera vakanta tjänster som fanns under 2013 nu tillsatta. För att klara sommaren har förvaltningen förtidsrekryterat sjuksköterskor som har erbjudits tillsvidareanställning i bemanningsenheten.

Kostnaden för inhyrd personal är 29,3 mkr. Årets kostnad för hyrläkare är 5,5 mkr högre än föregående år varav kostnad för jour och beredskap har ökat med 1,5 mkr jämfört med föregående år. Totalt har förvaltningen en merkostnad för hyrläkarna med 15,8 mkr. För att kunna rekrytera egna läkare behöver landstingets lönenivå ligga i nivå med närliggande landsting. En lönestrukturförhandling motsvarande en ökning med 4,0 tkr i månaden för samtliga specialisttjänster skulle ge en merkostnad på 2,1 mkr per år. Detta skulle kunna finansieras av att minska antalet hyrläkare. En hyrläkare kostar förvaltningen ca 3,0 mkr per år inkl. kostnaderna för jour och beredskap, vilket är en merkostnad på 1,6 mkr jämfört med anställd specialistläkare. För att satsningen ska finansieras krävs det att två överläkare rekryteras. Under senare delen av året har totalt 4 vuxenpsykiater rekryterats i lönenivå som gäller i närliggande landsting.

Övriga personalkostnader uppgår till 9,1 mkr vilket är 0,7 mkr högre än budget. Förvaltningen har under året bekostat en Steg 1-utbildning och anordnat en nordisk beroendekonferens samt en nationell DBT-konferens.

### Drift

Kostnaden för drift ligger på 154,6 mkr vilket är 7,5 mkr högre än budget och 2,0 mkr högre än föregående år.

Kostnaden för köpt vård är 40,4 mkr vilket är 4,2 mkr högre än budget. Budgeten för LRV-vård har inte räknats upp sedan 2012 samtidigt som priserna har stigit kraftigt. Dessutom har förvaltningens kostnader ökat för att ytterligare personer dömts till rättspsykiatrisk vård. Detta är kostnader som förvaltningen inte kan påverka. Även kostnaderna för annan högspecialiserad köpt vård har ökat.

Kostnaden för läkemedel är 27,6 mkr vilket är något högre än budget och något högre än föregående år. Genomgång av läkemedelsförskrivning sker årligen på förvaltnings- respektive basenhetsnivå.

Kostnaderna för hjälpmedel är 8,1 mkr vilket är 1,1 mkr högre än budget. Bonus har återbetalats från hjälpmedelscentralen på 0,4 mkr vilket ger ett nettoöverskridande med 0,7 mkr. Habiliteringen har hittills i år haft flera brukare som varit i behov av sittskal och elrullstolar vilket genererat de ökade kostnaderna. Detta är kostnader som Habiliteringen inte kan styra över. Genomgång av hjälpmedelsförskrivningen sker kontinuerligt.

Kostnaderna för övrig drift är 78,5 mkr vilket är 1,8 mkr högre än budget. Förvaltningen har haft höga kostnader motsvarande 3,6 mkr för möbler och inventarier på grund av de lokalförändringar som verksamheten har genomfört. Förvaltningen har erhållit budget på 1,9 mkr för att täcka dessa kostnader. Förvaltningen har haft förluster på fordringar med 1,0 mkr vilket är 0,2 mkr högre än föregående år.

### **5.1.1 Genomgång förskrivningsmönster**

Förvaltningen och alla basenheter inom psykiatrin har haft genomgång av sitt förskrivningsmönster av läkemedel under 2014. Förvaltningen klarar målet.

### **5.1.2 Budget i balans**

Förvaltningen klarar i stort sett målet med budget i balans med ett överskridande av budget med endast 0,2%. Förvaltningen gör en medveten rekrytering av ST-läkare som inte täcks i budget för att på sikt komma tillrätta med bristen av psykiater och på så vis minska hyrläkarberoendet som är den största anledningen till att förvaltningen inte klarar att hålla budget. Förvaltningen har även ökade kostnader för köpt vård och hjälpmedel vilket är kostnader som inte går att påverka.

Under året har politiskt beslut tagit som innebär att förvaltningens nettokostnader får överstiga budget med 1,1 mkr. Förvaltningens resultat – 0,9 mkr ligger inom denna ram.

### **5.1.3 Nettokostnadsutvecklingen**

Förvaltningens nettokostnadsutveckling hamnar på 2,9% vilket beror på ökade kostnader för hyrläkare samt ökade kostnader för köpt vård, hjälpmedel och möbler. Förvaltningen fick 1,5 mkr i budgetsatsning på unga vuxna vilket ger en ökad nettokostnadsutveckling jämfört med föregående år. Förvaltningen klarar inte målet.

### **5.1.4 Personalkostnadsutvecklingen**

Förvaltningens personalkostnadsutveckling hamnar på 8,1%. Detta beror på att förvaltningen har en utökad personalbudget för 2014 vilket gör att man har kunnat öka antalet anställda jämfört med 2013 vilket också ger högre kostnader. Förvaltningen hade flera vakanta tjänster i början av året som nu är tillsatta vilket också är en förklaring till de högre kostnaderna i år. Hyrläkarkostnaderna har ökat med 5,5 mkr jämfört med 2013. Förvaltningen klarar inte målet.

## 5.2 Investeringar i lokaler och utrustning

Delar av avd 21 i Karlshamn har under sommaren renoverats för att bereda plats för dagpsykiatri och Akut- och rådgivningsteam. Rehabiliteringsträdgården i Sölvesborg växer sakta fram. Glashuset och odlingsbäddar är på plats och trädgårdsmästare är anställd. Mycket arbete kvarstår under nästa år.

Vuxenpsykiatri Öst har genomfört stora lokalförändringar genom att omvandla en heldygnsvårdsavdelning till en dagpsykiatrisk enhet och skapat behandlingsrum för medarbetarna. Efter flera års väntan har Karlskrona Väst-mottagningen flyttat från externt hyrda lokaler i centrala Karlskrona till sjukhusområdet. Under försommaren samlokaliseras öppenvårdsverksamheterna i Ronneby. Även mellanvården i Karlskrona har flyttat till nya lokaler vid årsskiftet.

PAKA/PIVA har byggts om för att utöka antalet vårdplatser som en del i förändringsarbetet inom vuxenpsykiatri.

Under perioden har barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen i Ronneby flyttat in i lokaler på Hälsocenter i Ronneby.

## 5.3 Prognossäkerhet 2014

Förvaltningen räknade i augusti med en prognos på ett överskridande med 3,0 mkr mot budget. Utfallet för 2014 blev ett överskridande av budget med 0,9 mkr. Att underskottet inte blev högre beror på ökade statsbidragsintäkter som inte fanns med i prognosen i augusti. Det är framförallt högre intäkter än förväntat som gör att utfallet blev bättre än prognosen. Hyrläkarkostnaderna blev ytterligare 2,2 mkr dyrare än prognostiserat i augusti. Kostnaderna för köpt vård och hjälpmedel hamnade på förväntad nivå enligt tidigare lagd prognos. Kostnaden för möbler blev högre än förväntat men extra budgetkompensation på 1,9 mkr gjorde att underskottet inte blev högre.

## 6 Övriga strategiska satsningar

### 6.1 Barn- och ungas psykiska hälsa

Den psykiska ohälsan bland unga har ökat de senaste åren. Det är viktigt att vården möter patienterna i denna åldersgrupp (18-24 år) utifrån deras behov och förutsättningar. För att klara detta krävs att det finns en kunskap om vad som kännetecknar patientgruppen och att vi vet hur den nuvarande vården ser ut. Utvärdering av vården möjliggör att förbättringsområden kan preciseras. Inom Vuxenpsykiatri Väst bildades under året en arbetsgrupp för att arbeta vidare med och utveckla vården gällande ”unga vuxna”. I arbetet ingår att träffa ledningsgrupperna för BUP, primärvård och Ungdomsmottagningarna för att diskutera hur de olika verksamheterna arbetar med patientgruppen och vilket behov av samverkan som finns.

Även inom Vuxenpsykiatri Öst finns en särskild satsning på unga med psykiatrisk problematik i kombination med avbrutet självförverkligande. Arbetet bedrivs två steg, en allmän kartläggning, bedömning, rådgivning under sex veckor med möjlighet att få patienter med mer omfattande behov att gå ett program om en termin som också kan förlängas till två terminer. I dagsläget finns också ett omfattande samarbete med andra projekt i samhället som erbjuder stöd, länkning, arbetsträning och utbildning till unga.

Inom förvaltningen finns en handlingsplan för att uppmärksamma barn till psykiskt sjuka föräldrar. Särskilda barnombud finns på alla heldygnsavdelningar.

### 6.2 Rehabiliteringsgarantin

Förvaltningen lämnar kontinuerligt uppgifter som underlag för rehabiliteringsgarantin. De medel som förvaltningen i och med detta får in används som en del av kostnaden för anställning av PTP-psykologer. Då ersättningsnivån halverades per genomförd insats år 2012, rör det sig inte om några större summor.

### 6.3 Projektredovisning - PRIO

Den statliga satsningen på PRIO (Psykisk Ohälsa) involverar samtliga basenheter inom psykiatrien på ett eller flera sätt. Inom satsningen ingår en nivå med grundkrav som måste uppnås för att kunna få ta del av de prestationsmedel som sedan är kopplade till olika insatser. Inom samtliga områden har ett intensivt arbete skett under året och målet har nåtts. Arbetet har tagit mycket tid och resurser i anspråk. PRIO-arbetet fortsätter även år 2015.

### 6.4 Kris- och katastrofberedskap

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen plan för kris- och katastrofberedskap har arbetats om och antagits under år 2014. Ett arbete med att ta fram lokala rutiner, checklistor m.m, både övergripande och per enhet pågår. Verksamheterna har kommit olika långt i detta arbete. Förvaltningen har ett särskilt ansvar för landstingets Krisstödssamordning som kommer att utgå från Psykiakuten. Utbildnings- och övningsinsatser behövs för hela förvaltningen.

Systematiskt brandskyddsarbete pågår ständigt. Brand- och evakueringsövningar har genomförts.

# 7 Analyser, slutsatser och framåtblick

## 7.1 Samlad analys av måluppfyllelse

Se tidigare kommentarer och analyser under respektive mål/rubrik.

## 7.2 Framåtblick – möjligheter och risker

### Verksamhet

Vuxenpsykiatrin har genomfört en kraftfull verksamhetsutveckling med förskjutning av resurser från heldygnsvård till öppna vårdformer, främst riktade till patienter med allvarliga och komplexa problem. Vuxenpsykiatrin fokuserar på samarbete, vara en part i att hjälpa patienten att finna sin plats i samhället och att utveckla förmåga att vara i relation med andra. Vuxenpsykiatrin arbetar mer med pedagogiska metoder för att hantera affekter, vara i relation med andra och förändra livsstil, systematisk träning för symtomhantering och intensifierat anhörigarbete. Framtidens vuxenpsykiatri kommer att jobba hand i hand med arbetsförmedling, arbetslivet och närstående.

Knappa resurser och brist på psykiatrikompetenser inom primärvården (första linjen) kan innebära att psykiatrin succesivt får en tillströmning av patienter med kristillstånd som kan ge undanträngningseffekter för de specialistpsykiatriska patienterna. Obehandlade kristillstånd på grund av brist på psykiatrikompetens inom primärvården kan leda till utveckling av allvarliga symtom som berör både den enskilde och dess närstående.

Inom primärvården i Ronneby kommun och barn- och ungdomspsykiatrin pågår sedan hösten 2013 projekt med inriktning att hitta former för omhändertagande av barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Projektet är tvåårigt och kommer förhoppningsvis ge svar på och tydliggöra förstalinjeansvaret samt vilka samverkansformer som kan vara bärande mellan primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin. Förväntan är att projektets resultat ska leda till utveckling av en första linje för barn och ungdomar med psykisk ohälsa inom hela länet.

För framtiden finns det en fortsatt risk för undanträngningseffekter, på så sätt att det starka fokus på neuropsykiatriska utredningar, som dels är effekten av de statliga medlens styrning och dels härrör från allmänna trender i samhället just nu, ger ett minskat fokus och möjlighet att bedriva och vidareutveckla en bra barnpsykiatrisk behandling.

Andelen i befolkningen som kan vara aktuella för en kontakt med Habiliteringen ökar med varje årskull. Parallellt med detta innebär samhällets ökande komplexitet att fler och fler personer är i behov av stöd i relation till sin vardag som kräver alltmer omfattande insatser.

### Personal

Läkarsituation med stort vakansläge idag och många pensionsavgångar framöver är i nuläge och framöver det område som har omfattande påverkan i verksamheten och för medarbetarna. Att komma tillrätta med läkarförsörjningen, d.v.s. att kunna rekrytera överläkare och ST-läkare, är ända sättet för att inte riskera patientsäkerhet och arbetsmiljö. Det krävs krafttag från alla parter - regering, socialstyrelsen, SKL och landstinget Blekinge!



Inom övriga yrkeskategorier kommer personalförsörjningsfrågorna i fokus snabbt på grund av stora pensionsavgångar och brist på arbetskraft. Processen måste komma igång inom det snaraste då det redan nu är svårt att rekrytera personal inom flera yrkeskategorier, bl.a. leg psykologer, psykiatrisjuksköterskor, dietister. Förtidsrekrytering är ett måste då nyanställda medarbetare utan erfarenhet behöver tid för att samla på sig erfarenhet och kompetens inom psykiatri och habilitering. Det viktigaste på både kort och lång sikt är att ha stabila arbetsgrupper som ger kontinuitet vilket är till gagn både för patienter och medarbetare.

## Ekonomi

Ekonomiskt finns en risk för mindre resurser, när de statliga medlen för psykiatrin PRIO minskar eller tas bort. Detta ligger dock enligt nuvarande riksdagsbeslut flera år framåt i tiden. Däremot kan statens fördelning inom landsting ge effekter för patienter inom barn- och ungdomspsykiatri/habiliteringen såsom tillgänglighet och ytterligare undanträngningseffekt .

Möjligheter (utan inbördes rangordning)

- Arbetsro i organisationen
- Ökad samverkan inom och utom förvaltningen och andra aktörer (kommunerna, försäkringskassan, arbetsförmedlingen m fl)
- Kontinuerlig satsning på utbildning till alla personal
- IT - som en del i behandling
- Nationella satsningar - statliga bidrag
- Ny nämndorganisation
- Tvångslagstiftningen

Hot, risker, utmaningar och brister som kan komma att påverka verksamheten i nuläge och framöver och som särskilt bör uppmärksammas (utan rangordning):

- Samhällets värderingar vad gäller psykiskt sjuka och habiliteringens patientgrupper – normaliseringsnivå
- Ökat behov av psykiatri och habilitering – psykiska ohälsan, asyl m.m.
- Särskild utsatt grupp Unga Vuxna
- Ansvar för nyanlända – nya Blekingar
- Inte tillräckliga resurser till 1:a linjens sjukvård
- Psykiatersituationen – merkostnader anlitande av hyrläkare – kontinuitet för patienterna- sämre arbetsmiljö
- Brist på resurser för genomförande av fördjupade utredningar inom barn- och ungdomspsykiatrin, vuxenpsykiatrin samt habiliteringen
- Brist på resurser för utprovning, uppföljning av hjälpmedel samt hjälpmedelskostnader
- Brist på resurser för genomförande av sjukdomsförebyggande arbete/livsstil samt utbildning
- Brist på resurser att följa lagkrav – landstingets ansvar för hantering av dopning och läkemedelsmissbruk
- Pensionsavgångar – förtidsrekrytering
- Administrativa ”måsten-uppgifter” – minskat utrymme för patientarbete
- Avsaknad av adekvata utemiljöer inom heldygnsvården
- Statliga bidrag upphör
- Betalningsansvarslagen – utskrivningsklara 30 vardagar, d.v.s. 6 veckor
- Ny nämndorganisation
- Tvångslagstiftningen

# Bilaga 1



## LANDSTINGET BLEKINGE

Tina Möller

2014 04 22

2014/

Hälso- och sjukvårdsnämnden

### **Redovisning av behov och utmaningar inför 2015**

#### Uppdrag

Hälso- och sjukvårdsnämnden har vid sammanträde den 20 mars, § 47 beslutat att uppdra åt landstingsdirektören att lämna en redovisning av behov och utmaningar inom psykiatri-habilitering inför 2015.

#### Bakgrund

Sedan år 2008 har dåvarande psykiatriförvaltningen och nuvarande psykiatri- och habiliteringsförvaltningen genomfört besparingsåtgärder motsvarande 35 mkr.

Genomförda åtgärder, vilka har varit genomgripande, har inneburit en vidareutveckling och kostnadseffektivisering av psykiatrin och habiliteringen. Genomförandet har ställt stora krav på ledarskapet samt engagemang hos medarbetarna. Ansvarstagande chefer är och har varit den bästa garantin för att nå budget i balans. Senaste verksamhetsförändringen har genomförts den 1 april 2014 utan krav på besparing.

Utgångspunkten har varit att skapa en effektiv vård som vilar på lika villkor och utbud för alla invånare i Blekinge - i linje med förvaltningens vision En professionell och tillgänglig psykiatri och habilitering.

Genomförda åtgärder åren 2008 – 2014 (t o m 1 april 2014) i sammanfattning:

- Minskat antalet vårdplatser inom vuxenpsykiatrin med 50 till dagens 49 vårdplatser

- Byggt ut mellanvård inom vuxenpsykiatri (mottagning, gruppverksamhet och dagpsykiatri). Utgångspunkter för mellanvård är att förebygga inläggning men också att underlätta för utskrivning och härmed korta vårdtiderna.
- Minskat antalet vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri med 3 till dagens 2 vårdplatser med femdygnsvård (möjlighet till 7-dygnsvård vid behov)
- Byggt ut mellanvård inom Barn- och ungdomspsykiatri – se ovan
- Tillskapat Beroendeenhet med öppen och slutna vård varav 2 vårdplatser betalas av kommunerna för tillnyktring (tillskott med 5 mkr).
- Minimum av tvångsvård och tvångsåtgärder – ur ett nationellt perspektiv
- Tillskapat akut- och rådgivningsteam inom vuxenpsykiatri Väst, vuxenpsykiatri Öst samt efter kl 16.00 samt helger inom Läns gemensam Psykiatri
- Förändrad organisation och vårdinnehåll inom habiliteringen
- Arbetat för god tillgänglighet – bäst i landet inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri. Korta väntetider inom habiliteringen ur ett nationellt perspektiv. Att möta nya patienter tidigt (helst inom en vecka) är ett medel att undvika försämring av tillstånd under väntetid och att förebygga inläggning i slutenvården.
- Arbetat strategiskt för att minska utomlänsvården – minskat antalet remisser till ett minimum
- Tagit fram lokala vårdprogram för stora patientgrupper
- Arbetat systematiskt med kvalitetsmått för bättre vård, ökad delaktighet för patienter, bättre anhörigkontakter mm
- Minskat antalet basenheter från 10 till 5
- Minskat antalet chefer till hälften
- Lokalmässigt sammanfört verksamheter för bättre samnyttjande av resurser och samordningsvinster
- Samverkansavtal med kommunerna och primärvården
- Förstärkt budget med 1,5 mkr för insatser avseende Unga Vuxna patienter
- Klarat att hålla budget åren 2007 - 2013

Den psykiska ohälsan ökar i Blekinge liksom i övriga landet. Vardagen i psykiatri och habiliteringen präglas av hög tillströmning av nya patienter, gamla patienter som behöver oss och patienter med komplex problematik som kräver extra insatser som är kostnadskrävande samt en alltmer växande patientadministration. Vårdtyngden ökar kontinuerligt (svåra och behandlingskrävande patienter) både i öppen och slutna vård. Under de senaste åren har förvaltningen fått fler patienter med neuropsykiatriska problem samt kriminellt och våldsamt förflutet – psykosocialt svår problematik med såväl socialt utanförskap, drogmissbruk och psykisk sjukdom leder till mycket hög vårdtyngd.

Nuläge – behov och utmaningar

### **Fördjupande utredningar och kognitiva hjälpmedel**

Genomförda förstärkningar och förändringar inom öppenvården är en konsekvens av de neddragningar som gjorts inom slutenvården. Det minskade antalet vårdplatser har ersatts med förstärkningar inom öppenvården (mellanvård inkl dagpsykiatri) för att kunna erbjuda patienterna alternativa öppenvårdsstöd. Det är främst inom mellanvården som förstärkningar har kunnat genomföras till den nivå som motsvarar behovet. Brist på ekonomiska resurser har gjort att mottagningarna inte kunnat förstärkas i den omfattning som är dagens behov. Under åren så har till-

strömningen av nya patienter, patienter som har behov av omfattande insatser där fördjupade utredningar är en del (gäller bl a patienter med neuropsykiatriska problem, vilket är en relativ ny och stor patientgrupp), ökat konstant. Varje vardag tar psykiatri och habiliteringen emot 14,5 nya patienter varav 8,2 inom VUP, 5,0 inom BUP och 1,3 inom Habiliteringen. Behov av personalförstärkning gäller i dagsläget främst inom vuxenpsykiatri-/vuxenhabiliteringen. Statliga medel tillförts årligen barn- och ungdomspsykiatri/barn-habiliteringen som på så sätt bemanningmässigt klarat och klarar produktionsökning liksom de krav på tillgänglighet till besök, behandling och utredning som nationellt föreskrivs. Behov av högre bemanning inom mottagningarna för vuxna är markant och har ökat under de senaste åren. Det ökade trycket att genomföra fördjupade utredningar klaras inte av inom nuvarande bemanning och rimliga tidsgränser. Med en brist motsvarande två utredningsteam i länet innebär det att utredningar för vuxna patienter med behov av fördjupade utredningar inte genomförs eller i bästa fall genomförs efter alltför långa väntetider. Budget för kognitiva hjälpmedel saknas. Detta betyder att förvaltningen inte kan erbjuda vård på lika villkor!

Behov: Budget till två utredningsteam och kognitiva hjälpmedel motsvarande 4,5 mkr (team består av del av psykiater, psykolog, arbetsterapeut, specialpedagog och kurator).

### Unga vuxna

Den psykiska ohälsan ökar i samhället. Särskilt bland unga människor är det mer påtagligt än inom andra åldersgrupper. Sjukskrivning för psykisk ohälsa ligger högt i jämförelse med andra sjukskrivningsområden och har hög ökningstakt. Den psykiska ohälsan i Blekinge märks tydligt genom tillströmning av unga människor med behov av stöd. Att förbättra den psykiska hälsan i samhället är en uppgift som måste hanteras i alla samhällssektorer och där hälso- och sjukvården bara delvis kan bidra. Det krävs krafttag inom samtliga samhällssektorer och nivåer.

Vuxenpsykiatri har i 2014 års budget erhållit 1,5 mkr till omhändertagande av gruppen unga vuxna. Verksamheterna har fått igång program som är till gagn för de unga patienter som är aktuella inom psykiatri. Utmaningen i samhället är att kunna sätta in åtgärder som ger ungdomarna större möjligheter att leva ett självständigt liv som motverkar behovet av insatser av den psykiatriska vården. Landstingets satsning under 2014 med Liv i Livet, Liv i Livet ung är åtgärder som är verkfulla.

### Läkemedels- och dopningsmedelsmissbruk

Landstinget har sedan 1 juli 2013 ansvar för medicinsk behandling av missbruk av läkemedel och dopningsmedel.

”Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, **läkemedel eller dopningsmedel**. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen - HSL (2013:302), 8 b §”.

Enligt lagstiftning och reviderade nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård ska även patienter med läkemedelsberoende och dopningsmissbruk hanteras evidensbaserat och på vetenskaplig grund. Socialstyrelsen förväntar sig att resurser tillförs vård och omsorg för genomförande av lagkrav och i enlighet med riktlinjernas intentioner.

Behov av förstärkt budget med 4 mkr till beroendeenhetens mottagning för personal, drift och utbildning krävs för att kunna ta hand om patienter som missbrukar läkemedel och dopningsme-

del. Förstärkningen inom personalområdet gäller sjuksköterska, kurator och psykiater och inom området drift för läkemedel och testmaterial.

Behov: Budget motsvarande 4,0 mkr för personal- och driftförstärkning vid beroendemottagningen för att ta hand om personer som missbrukar läkemedel och dopningsmedel.

### **Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder - livsstilsfrågor**

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Arbete med att införa riktlinjerna pågår i landstinget. Hälsosamtal finns med i förvaltningens styrkort för 2014.

För psykiatri- och habiliteringsförvaltningens patientgrupper krävs särskilda insatser som kan förbättra hälsan och livskvalitén. Människor med diagnoser inom det psykiatriska området samt habiliteringens patientgrupper har en större risk än många andra att drabbas av kroppslig ohälsa, sämre livskvalitet och i många fall också en förkortad livslängd. En betydande del finns i individernas levnadsvanor, framför allt inom de fyra områden som lyfts fram i de nationella riktlinjerna. Landstinget som vårdgivare har särskilt ansvar då vi orsakar viss ohälsa genom medicinering.

Förvaltningen ser att genomförandet av intentionerna i de nationella riktlinjerna måste ske i nära samverkan med patienterna, i en naturlig mötesmiljö och av patienterna känd personal. För att möjliggöra denna hantering krävs personal samt utbildningsinsatser inom förvaltningen.

Behov: Budget till personalförstärkning (sjukgymnast, arbetsterapeut m fl) samt utbildning motsvarande 2 mkr.

### **Dietist**

Utredning pågår om landstingets samlade behov av dietister. Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens behov av dietistfunktioner kommer att ingå inom ramen för det samlade dietistbehovet i landstinget.

Behov: 1 mkr vilket motsvarar tillgång till ca 2,0 dietistfunktioner. Behovet redovisas inom ramen för kommande utredningsförslag av det samlade dietistbehovet i landstinget.

### **ST-läkare**

Behovet av överläkare och ST-läkare är stort. Överläkarsituationen är ytterst ansträngd med vakansläge på över 50% inom vuxenpsykiatrin. Insatser för att nå en optimal läkarbemanning med egen personal pågår kontinuerligt med olika former av rekryteringsåtgärder för att lösa situationen både kortsiktigt och långsiktigt. På överläkarområdet ser förvaltningarna inga konkreta lösningar under flera år framöver. Behovet av hyrläkare kvarstår med höga merkostnader som följd. ST-läkarsituationen ser mer ljus ut i dagsläget då flera AT-läkare är intresserade av ST inom psykiatri. Den långsiktiga lösningen av överläkarsituationen är att anställa ST-läkare i den omfattningen som läkarsituationen medger. För denna satsning saknas budgetmedel. Landstingets läkarbemanningsutredning visar på behov av totalt 12 nya ST-läkartjänster innevarande år och ytterligare ST-läkartjänster under 2015 för att på sikt kunna ersätta nuvarande vakansläge på överläkarsidan, kommande pensionsavgångar och begränsa behovet av hyrläkare. Förvaltningen har 6 ST-läkartjänster budgeterade vilka i dagsläget är bemannande.

Behov: Budget för 10 ST-läkartjänster samt kostnader för utbildning under ST-tiden motsvarande totalt 8,1 mkr. Behovet finns upptaget i läkarbemanningsutredningens ärende till budgetberedningen.

## Sammanfattning

Förvaltningens behov av budgetförstärkning uppgår till totalt 19,6 mkr

- Fördjupade utredningar och kognitiva hjälpmedel 4,5 mkr
- Läkemedel och dopningsmedelsmissbruk 4,0 mkr
- Nationella riktlinjer sjukdomsförebyggande metoder 2,0 mkr
- Dietist 1,0 mkr
- Läkarsituationen - ST-läkare 8,1 mkr

Förvaltningens utmaningar är bl a

- Unga vuxna
- Förvaltningens patientgruppers somatiska hälsa - livsstil
- Läkarsituationen

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen, Karlskrona som ovan  
I tjänsten

Tina Möller  
Förvaltningschef

## Bilaga 2

### *Sammanfattning av Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens kvalitetsindikatorer 2014*

*Beslutade indikatorer samt resultat för år 2012- 2014.*

*Då mätperioden år 2014 är något kortare än tidigare år för att hinna med till verksamhetsberättelsen kommer ev marginella justeringar av resultatet att behöva göras*

*Utförligare beskrivning med slutliga resultat kommer att presenteras i särskild rapport.*

## Kvalitetsområde 1: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

### Antal vårdprogram – indikator 1:1

**Målsättning:** Vårdprogram baserade på evidensbaserad kunskap ska finnas för de stora diagnosgrupperna. Vårdprogram är ett sätt att säkerställa att vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig.

**Kvalitetsmått 2014:** Upprättade vårdprogram för minst 9 diagnosgrupper finns.

#### **Resultat år 2014:**

Målet ej uppfyllt. Antal fastställda vårdprogram är fem stycken.

Ytterligare vårdprogram är under utarbetande och kommer att färdigställas under år 2015

### Behandling enligt vårdprogram – indikator 1:2

**Målsättning:** Samtliga framtagna vårdprogram ska innehålla mätbara uppföljningsindikatorer samt tydliga kriterier för hur de följs upp

**Kvalitetsmått:** 100% av framtagna vårdprogram innehåller mätbara, tydligt angivna uppföljningsindikatorer.

#### **Resultat år 2014:**

Målet ej uppfyllt. Kvalitetsmått finns för två av de fem vårdprogrammen.

## Uppföljning av vårdprogram "Affektiva sjukdomar inkl ECT" – indikator 1:3.

**Målsättning:** För patienter som vårdas inom öppenvården med depressions- eller ångesttillstånd ska en strukturerad suicidriskbedömning genomföras (något modifierad indikator ur nationella riktlinjer)

**Frågeställning:** Hur många procent av nysökande patienter med depressions- eller ångesttillstånd, har under året genomgått en strukturerad suicidriskbedömning?

**Kvalitetsmått:** Kartläggning, X% av nysökande patienter under året med depressions- eller ångesttillstånd, ska under året ha genomgått en strukturerad suicidriskbedömning

### Resultat år 2013: (reviderad)

Kartläggning: 27%

Antalet nysökande enligt ovanstående kriterier var år 2013 599 individer inom vuxenpsykiatri, varav 159 genomgått en strukturerad suicidriskbedömning som var kodad med KVÅ-kod AU118

### Resultat år 2014:

Kartläggning: 32%

Antalet nysökande enligt ovanstående kriterier var år 2014 548 individer inom vuxenpsykiatri, varav 178 genomgått en strukturerad suicidriskbedömning som var kodad med KVÅ-kod AU118



## Uppföljning av vårdprogram "Ätstörningar" – indikator 1:4.

**Målsättning:** För patienter som vårdas inom öppenvården med ätstörningsdiagnos ska en somatisk undersökning genomföras.

**Frågeställning:** Andel patienter som vårdas med ätstörningsdiagnos där somatisk undersökning genomförts.

**Kvalitetsmått:** Kartläggning, X% av vårdade patienter under året med Ätstörningsdiagnos, ska senast x dagar efter nybesök ha genomgått en somatisk undersökning

### Resultat år 2013:

#### Kartläggning:

- Vuxna: för 54% av vårdåtagandena med ätstörningsdiagnos har en somatisk undersökning, AV019, genomförts och kodats.
- Barn- och ungdomar: för 77% av vårdåtagandena med ätstörningsdiagnos har en somatisk undersökning, AV019, genomförts och kodats

	Vuxna	Barn/unga
Inget	46%	23%
0-7 dgr	8%	41%
8-14 dgr	8%	0%
15-21 dgr	8%	18%
22-28 dgr	13%	0%
29 dgr - w	17%	18%
TOT	100%	100%

\* antalet patienter är mycket få vilket medför att resultatet ska tolkas med stor försiktighet.

### Resultat år 2014:

#### Kartläggning:

- Vuxna: för 48% av vårdåtagandena med ätstörningsdiagnos har en somatisk undersökning, AV019, genomförts och kodats.
- Barn- och ungdomar: för 65% av vårdåtagandena med ätstörningsdiagnos har en somatisk undersökning, AV019, genomförts och kodats

	Vuxna	Barn/unga
Inget	52%	35%
0-7 dgr	5%	35%
8-14 dgr	0%	13%
15-21 dgr	0%	4%
22-28 dgr	19%	4%
29 dgr - w	24%	9%
TOT	100%	100%

\* antalet patienter är mycket få vilket medför att resultatet ska tolkas med stor försiktighet.

## Kontakt med anhöriga – indikator 1:8 (se styrkort).

**Målsättning:** För patienter som vårdas inom heldygnsvården ska kontakt tas med patientens anhöriga inom 1 dygn från inskrivningen.

**Frågeställning:** Andel patienter som vårdas inom heldygnsvården där kontakt tas med patientens anhöriga inom 1 dygn.

**Kvalitetsmått:** 90% av nyinskrivna patienters anhöriga skall kontaktas inom 1 dygn (med patientens medgivande)

### Resultat:

Målet är ej uppfyllt. För 2014 kontaktades 48% av de nyinskrivnas anhöriga inom 1 dygn.

Datansamlingen påbörjades under sommaren 2014 och är under utveckling. Resultatet skall därför tolkas med stor försiktighet.

## Närståendesamtal – indikator 1:9

**Målsättning:** För patienter som vårdas inom heldygnsvården ska närståendesamtal genomföras tillsammans med patientens anhöriga inom 3 dygn från inskrivningen.

**Frågeställning:** Andel patienter som vårdas inom heldygnsvården där närståendesamtal genomförts med patientens anhöriga inom 3 dygn.

**Kvalitetsmått:** Kartläggning av hur många närståendesamtal som genomfördes inom 3 dygn från inskrivningen (enligt metod)

### Resultat:

För 2014 genomfördes det närståendesamtal för 23% av de nyinskrivna inom 3 dygn. Därutöver genomfördes det närståendesamtal via telefon för 7% av de nyinskrivna.

Datansamlingen påbörjades under sommaren 2014 och är under utveckling. Resultatet skall därför tolkas med stor försiktighet.

## Kvalitetsområde 2: Säker vård

### Uppföljning efter slutenvård – indikator 2:1

**Målsättning:** Patienter som vårdats inom vuxenpsykiatrins slutenvård, följs upp med ett besök i öppenvården efter avslutad vårdperiod

**Frågeställning:** Andel patienter som efter en utskrivning följs upp i öppenvård inom 1v, 2v, 4v, 8v, mer än 8v, inte alls

Kvalitetsmätt:

- 80% av avslutade vårdtillfällen ska ha ett uppföljande besök inom öppen vård inom mätperioden 2012 – januari 2015\*

- 70% av avslutade vårdtillfällen ska ha ett uppföljande besök inom öppen vård inom 4 veckor.

#### Resultat:

Målet är uppfyllt för BUP men inte för vuxenpsykiatri.

		2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014*
<b>Vuxenpsykiatri</b>	- Besök inom mätområdet	70%	73%	76%	75%
	- Besök inom 4 veckor	54%	60%	65%	65%
<b>BUP</b>	- Besök inom mätområdet	93%	96%	98%	92%
	- Besök inom 4 veckor	84%	91%	91%	80%

\* under mätperioden 2009-2011 och 2010-2012 kontrollerades besök t.o.m. mars året efter.  
under mätperioden 2011-2013 och 2012-2014 kontrollerades besök t.o.m. mitten på januari året efter.

#### Pågående arbete:

Inom hela psykiatri diskuteras vikten av att erbjuda patienter en tid för ett uppföljande öppenvårdsbesök redan vid utskrivningen. Under året har rutiner diskuterats för att få bättre patientflöde och bättre kommunikation mellan heldygnsvård, mellanvård och mottagningar. Målet är inte helt lätt att uppfylla då vissa patienter inte kan, vill eller ska ha ett uppföljande besök.

## Uppföljning efter slutenvård, specifika diagnosgrupper – indikator 2:2

**Målsättning:** Patienter som vårdats inom vuxenpsykiatriens slutenvård, följs upp med ett besök i öppenvården efter avslutad vårdperiod. Särskilt fokus på patienter med Schizofreni, Bipolär sjukdom, Svår och medelsvår depression

**Frågeställning:** Andel patienter som efter en utskrivning följs upp i öppenvård inom 1v, 2v, 4v, 8v, mer än 8v, inte alls

Kvalitetsmått 2014:

- 90% av alla avslutade vårdtillfällen med schizofreni ska ha ett uppföljande besök inom 1 v
- 90% av alla avslutade vårdtillfällen med bipolär sjukdom eller svår/medelsvår depression ska ha ett uppföljande besök inom 4 v.

### Resultat:

Målet är ej uppfyllt

Besök inom 4 veckor

	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014*
Schizofreni	55%	66%	67%	67%
Bipolär	63%	66%	70%	72%
Depression	73%	71%	77%	77%

Besök inom 1 vecka

	2011-2013	2012-2014*
Schizofreni	49%	45%

\* under mätperioden 2009-2011 och 2010-2012 kontrollerades besök t.o.m. mars året efter.  
under mätperioden 2011-2013 och 2012-2014 kontrollerades besök t.o.m. mitten på januari året efter.

## Erbjudande om uppföljande besök – indikator 2:3

**Målsättning:** Patienter som vårdas inom heldygnsvården ska följas upp efter utskrivningen. Tiden till detta samtal ska ges i samband med utskrivningen.

**Frågeställning:** Andel patienter som ska följas upp med samtal inom psykiatri, samt hur många av dessa som får tiden till det uppföljande samtalet i samband med utskrivningen.

**Kvalitetsmått:** Kartläggning av andelen patienter som ska följas upp inom psykiatri och som också fick erbjudandet om en tid i samband med utskrivningen

### Resultat:

Det planerades uppföljande samtal för 62% av patienterna under 2014. Av de som tackade ja till erbjudandet (60%) fick 56% en tid vid utskrivningen, 16% hade en inplanerad tid sedan tidigare och för 5% var det av någon anledning aldrig aktuellt att ge en tid. 21% av patienterna fick inte en tid i samband med utskrivningen.

Datansamlingen påbörjades under sommaren 2014 och är under utveckling. Resultatet skall därför tolkas med stor försiktighet.

## Uppföljning efter tvångsvårdsinsats – indikator 2:4

**Målsättning:** Patienter ska ha fått eller erbjudits ett uppföljande samtal senast 4 dagar efter en tvångsvårdsinsats

**Frågeställning:** Andel tvångsvårdsinsatser som följs upp med ett samtal inom 4 dagar

**Kvalitetsmått:** Minst 90% av tvångsvårdsinsatserna ska följas upp med ett samtal inom 4 dagar

### Resultat:

Målet är ej helt uppfyllt

31% av tvångsvårdsinsatserna är uppföljda med samtal inom 4 dagar med rätt registrering. Utöver detta har en manuell granskning av övriga insatser visat att flertalet följs upp senast nästkommande dag.

## Kvalitetsområde 3: Patientfokuserad vård

### Patientupplevelse – indikator 3:1

**Målsättning:** Patienterna ska känna sig bemötta med respekt och känna sig trygga med vården

**Frågeställning:** Är patienterna nöjda med vården?

**Kvalitetsmått:** Mäts i PUK-värde (Patientupplevd Kvalitet) Maxvärde: 100

#### Vuxenpsykiatri:

- PUK-värdet för indikatorerna ”Förtroende” och ”Upplevd nytta” (en enskild fråga per område) ska uppgå till minst 75 samt Information till minst 70
- PUK-värdet för dimensionerna ”Bemötande” ska uppgå till minst 85, samt minst 75 för ”Helhetsintryck”, ”Patientmedverkan” och ”Information” (frågeområden)

#### BUP:

- PUK-värdet för indikatorerna ”Bemötande” och ”Tillgänglighet” ska uppgå till minst 90 samt ”Information” och ”Upplevd Nyttä” till minst 80 (en enskild fråga per område)

#### Samtliga:

- PUK-värdet för frågan om hur den enskilda patienten värderar sin vård/behandling ska öka (både öppen och sluten vård)

### Vuxenpsykiatri

#### Resultat indikatorer och frågeområden – öppen- respektive slutenvård

Indikator	Öppen vård	Sluten vård	Resultat
Förtroende – mål 75	74	68	Målet är inte uppfyllt
Upplevd Nyttä – mål 75	77	75	Målet är uppfyllt
Information – mål 70	74	58	Målet är uppfyllt för öppen vård men inte för sluten vård
Dimension (frågeområde)	Öppen vård	Sluten vård	Resultat
Bemötande – mål 85	86	81	Målet är uppfyllt för öppen vård men inte för sluten vård
Patientmedverkan – mål 75	68	62	Målet är inte uppfyllt
Helhetsintryck – mål 75	76	72	Målet är uppfyllt för öppen vård men inte för sluten vård
Information – mål 75	79	68	Målet är uppfyllt för öppen vård men inte för sluten vård

**Resultat för frågan om hur vården värderas:**

Målet för den enskilda frågan om hur patienten värderar den vård som ges, är att resultatet ska öka. Detta uppnådde både öppen och sluten vård.

	År 2010	År 2012	År 2014
Öppen vård	65	66	69
Sluten vård	59	57	63

Totalt sett var vuxenpsykiatri i Blekinge bäst i landet för både öppen och sluten vård!

**Barn- och ungdomspsykiatri****Resultat indikatorer – öppenvård**

Indikator	Patient	Målsman	Resultat
Bemötande – mål 90	91	92	Målet är uppfyllt
Upplevd Nyttä – mål 80	72	59	Målet är inte uppfyllt
Information – mål 80	71	63	Målet är inte uppfyllt
Tillgänglighet – mål 90	90	90	Målet är uppfyllt

**Resultat för frågan om hur vården värderas:**

Målet för den enskilda frågan om hur patienten respektive målsman värderar den vård som ges, är att resultatet ska öka. Detta mål uppnåddes för målsman men inte för patient. Frågeområdet består av två frågor; den ena handlar om tillräckligt med tid vid besöket och den andra om bemötandet. På bemötandefrågan var resultatet från patient: 91, varför i princip målet ändå är nått.

	År 2010	År 2012
Patient	66	63
Målsman	69	66

## Uteblivande – indikator 3:2

**Målsättning:** Att minska antalet uteblivande. Uteblivande kan vara ett tecken på att behandlingen inte överensstämmer med vad patienten önskar eller förväntar sig.

**Frågeställning:** Hur många uteblivanden finns det? Skillnader mellan enheter?

**Kvalitetsmått:** Kartläggning

**Resultat 2012 - 2014:** Andel uteblivanden utifrån antalet bokade besök

	2012	2013 (reviderad)	2014
VUP Öst	3,2%	3,9%	3,2%
VUP Väst	4,8%	5,1%	5,1%
Länsgemensamma	1,4%	3,1%	3,0%
BUP	8,0%	7,5%	9,0%
HAB	5,2%	6,8%	6,0%
<b>TOTALT FÖRVALTN</b>	<b>4,4%</b>	<b>5,0%</b>	<b>4,9%</b>

### Pågående arbete:

Det stora antalet uteblivanden och sena återbud (inom 24 timmar) innebär ett stort problem för planeringen av vården. Det innebär också att andra patienter kan behöva vänta på ett besök längre än vad som varit fallet om antalet uteblivanden och sena återbud varit lägre. En förvaltningsövergripande rutin och förhållningssätt togs fram 2014.

## Behandlings-/habiliteringsplan – indikator 3:3

**Målsättning:** Patienterna ska ha en upprättad behandlings-/habiliteringsplan. Gäller patienter med tre besök eller mer under året.

**Frågeställning:** Hur många patienter har en behandlings-/habiliteringsplan?

**Kvalitetsmått:** 80%

**Resultat 2014: Målet är ej uppnått**

Psykiatri: 23%

Habiliteringen: 70%



**Pågående arbete:**

Mer arbete kring värdet av behandlings- och habiliteringsplan men framför allt en ökning av kodningskvalitet. I verkligheten är det sannolikt betydligt fler patienter som har en upprättad plan, vilket också manuella granskningar har visat.

**Kvalitetsområde 4: Effektiv vård****Återinskrivning – indikator 4:1**

**Målsättning:** Få återinskrivningar inom slutenvården inom 90 dagar

**Frageställning:** Hur ser mönstret ut för återinskrivningar inom slutenvården; andelen återinskrivningar inom 14 och 28 dagar, respektive 3 månader och 6 månader? Finns skillnader mellan vårdenheter?

**Kvalitetsmått:**

Max 25% av de avslutade vårdtillfällena ska följas av ett nytt inom 3 månader

Max 10% av de avslutade vårdtillfällena ska följas av ett nytt inom 28 dagar.

**Att notera:**

Måttet gällande återinskrivningar inom 3 månader kommer inte fullt ut att kunna mätas då mätperioden för 2012-2014 kommer att pågå till och med mitten av januari istället för mars. Anledningen är att detta gör att redovisning inte kan ske i samband med årsbokslutet. Påverkan av förändringen bedöms vara tämligen marginell.

**Resultat:**

Målet uppfyllt för BUP men inte för vuxenpsykiatri

**Vuxenpsykiatri**

	Mätperiod 2010-2012	Mätperiod 2011-2013	Mätperiod 2012-2014
Max 25% återinskrivning inom 3 månader	33%	33%	33%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	19%	20%	21%

**BUP**

	Mätperiod 2010-2012	Mätperiod 2011-2013	Mätperiod 2012-2014
Max 25% återinskrivning inom 3 månader	16%	13%	17%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	7%	3%	7%

## Återinskrivning, specifika diagnosgrupper – indikator 4:2

**Målsättning:** Få återinskrivningar inom slutenvården inom 28 dagar. Särskilt fokus på patienter med Schizofreni, Bipolär sjukdom, Svår och medelsvår depression

**Frågeställning:** Hur ser mönstret ut för återinskrivningar inom slutenvården för dessa diagnosgrupper; andelen återinskrivningar inom 14 och 28 dagar, respektive 3 månader och 6 månader?

**Kvalitetsmätt:**

För Schizofreni och Bipolär ska max 30% och för depression max 15% av de avslutade vårdtillfällena följas av ett nytt inom 3 månader och för samtliga gäller max 10% inom 28 dagar.

**Att notera:**

Mättet gällande återinskrivningar inom 3 månader kommer inte fullt ut att kunna mätas då mätperioden för 2012-2014 kommer att pågå till och med mitten av januari istället för mars. Anledningen är att detta gör att redovisning inte kan ske i samband med årsbokslutet. Påverkan av förändringen bedöms vara tämligen marginell.

**Resultat:**

Målet är ej uppfyllt, utom max 10% återinskrivning inom 28 dagar för diagnosgrupp Depression. Däremot syns en klar förbättring för både Schizofreni och Depression både inom 3 månader och 28 dagar. Någon försämring för Bipolär

### Vuxenpsykiatri

	Diagnos	Mätperiod 2010-2012	Mätperiod 2011-2013	Mätperiod 2012-2014
Max 30% återinskrivning inom 3 mån	Schizofreni	40%	42%	39%
Max 30% återinskrivning inom 3 mån	Bipolär sjukdom	38%	37%	38%
Max 15% återinskrivning inom 3 mån	Depression	23%	20%	18%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	Schizofreni	24%	27%	24%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	Bipolär sjukdom	23%	22%	25%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	Depression	12%	10%	9%

## Kvalitetsområde 5: Jämlik vård

### Vilken behandling får patienterna? – indikator 5:1

**Målsättning:** Patienter som vårdats inom vuxenpsykiatriens slutenvård följs upp med ett besök i öppenvården efter avslutad vårdperiod. Inga köns- eller åldersskillnader

**Frageställning:** Andel patienter Män/kvinnor som efter en utskrivning följs upp i öppenvård inom 1 v, 2 v, 2-4 v, 5-8 v, mer än 8v, inte alls

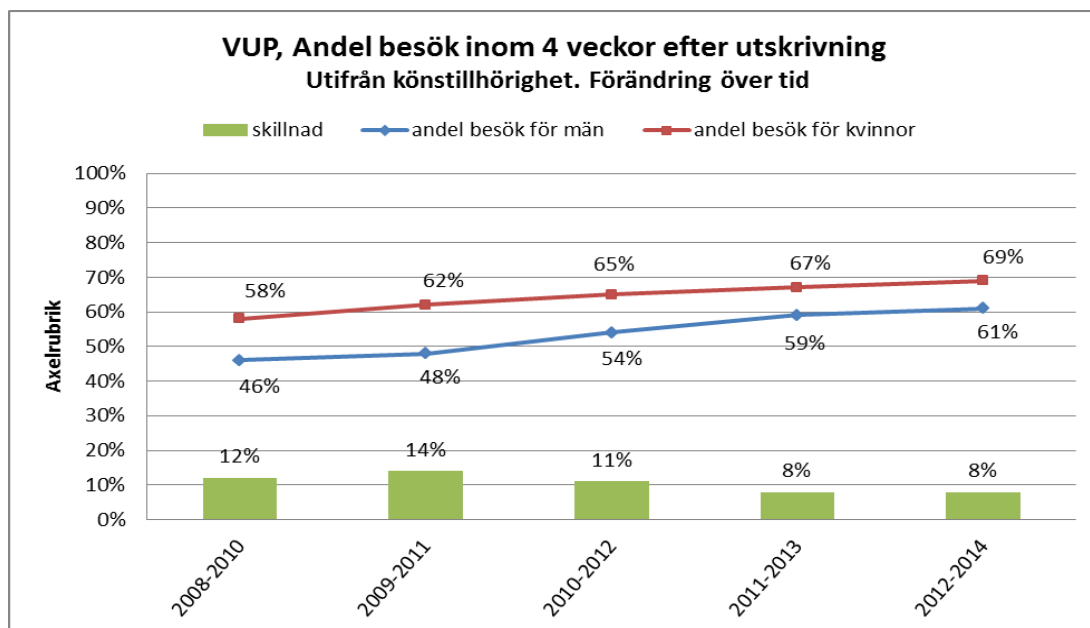
**Kvalitetsmått:** Inga köns- eller åldersskillnader ska finnas gällande uppföljning inom 4 veckor.

#### Resultat:

##### Kön:

Det finns fortfarande könsskillnader för vad som händer efter ett vårdtillfälle. Det är för män betydligt vanligare med en ny inskrivning direkt eller varken inskrivning eller besök än för kvinnor.

Enligt diagrammet nedan framgår att andelen besök inom 4 veckor från utskrivning har ökat under de senaste åren för både män och kvinnor. För 2012-2014 är det 69% för kvinnor och 61% för män.

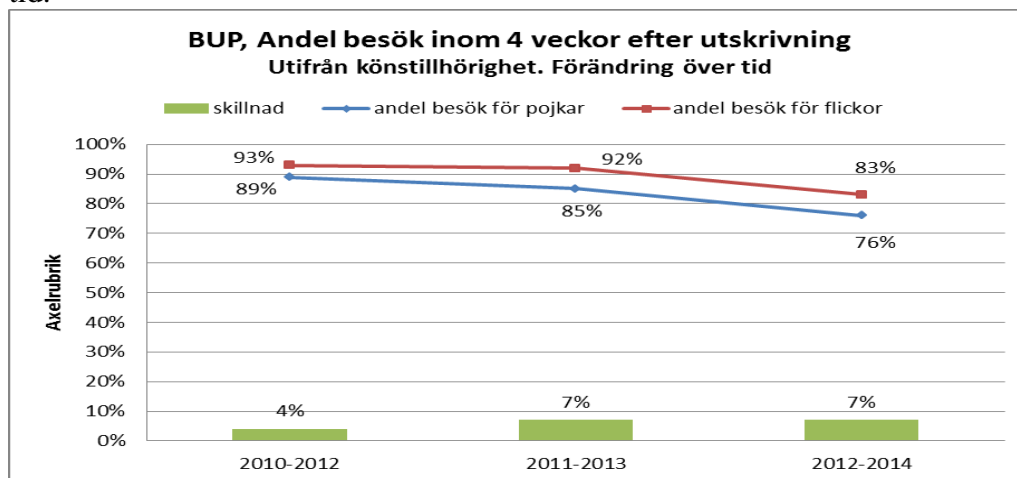


\* under mätperioden 2009-2011 och 2010-2012 kontrollerades besök t.o.m. mars året efter.  
under mätperioden 2011-2013 och 2012-2014 kontrollerades besök t.o.m. mitten på januari året efter.

Skillnaden mellan könen är 8% för 2012-2014. Det är samma nivå som för 2011-2013, men något lägre om man jämför med tidigare mätperioder.

För BUP är andelen besök inom 4 veckor efter utskrivning betydligt högre än för VUP. Skillnaden mellan pojkar och flickor är 7% för 2012-2014, samma som året innan.

Andelen besök ligger lägre för 2012-2014 jfr med tidigare mätperioder. Antalet patienter är dock få vilket medför att det är svårt att dra några slutsatser av eventuella förändringar över tid.



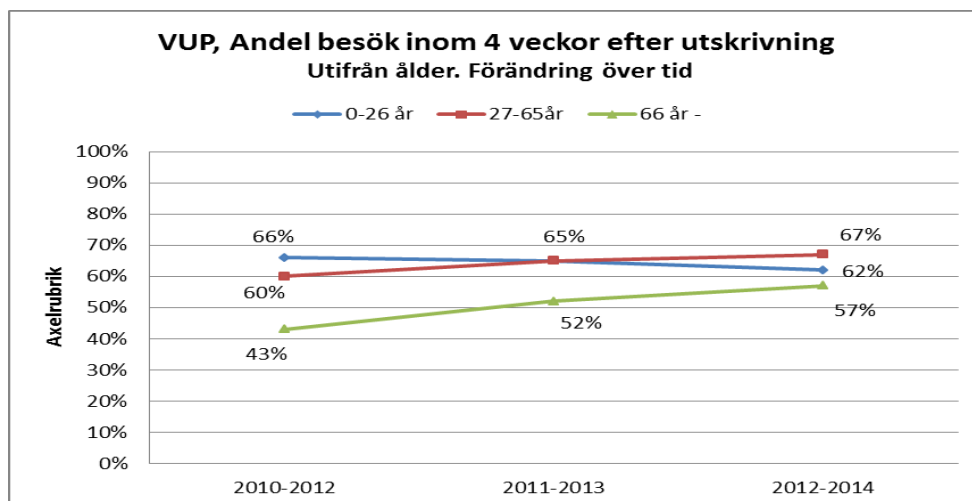
\* under mätperioden 2010-2012 kontrollerades besök t.o.m. mars året efter.

under mätperioden 2011-2013 och 2012-2014 kontrollerades besök t.o.m. mitten på januari året efter.

### Ålder:

Det finns fortfarande ålderskillnader gällande uppföljning i öppen vård, även om den har minskat. Ingen mätning har skett inom barn- och ungdomspsykiatri.

Andelen besök inom 4 veckor för åldersgruppen 66 år- har ökat de senaste åren.



\* under mätperioden 2010-2012 kontrollerades besök t.o.m. mars året efter.

under mätperioden 2011-2013 och 2012-2014 kontrollerades besök t.o.m. mitten på januari året efter.

### Besök inom 4 veckor

	2010-2012	2011-2013	2012-2014
<b>0-26 år</b>	66%	65%	62%
<b>27-65 år</b>	60%	65%	67%
<b>66 år -</b>	43%	52%	57%

## Patientupplevelse – indikator 5:2

**Målsättning:** Patienterna ska känna sig bemötta med respekt och känns sig trygga med vården.

**Frågeställning:** Är patienterna nöjda med vården? Finns köns- eller åldersmässiga skillnader?

**Kvalitetsmått:** Inga könsmässiga skillnader på indikatorer/dimensioner som ingår i indikator 3:1

### Resultat

#### Vuxenpsykiatri:

Könsskillnader finns fortfarande för vissa indikatorer/dimensioner.

#### Indikatorer:

Förtroende – mål 75      Män 75      Kvinnor 74

Upplevd Nyttä – mål 75    Män 75      Kvinnor 78

Information – mål 70      Män 75      Kvinnor 74

Indikatorer	Resultat		Dimensioner	Resultat	
	Män	Kvinnor		Män	Kvinnor
Förtroende – mål 75	75	74	Bemötande – mål 85	83	87
Upplevd Nyttä – mål 75	75	78	Patientmedverkan- mål 75	67	68
Information – mål 70	75	74	Helhetsintryck – mål 75	73	77
			Information – mål 75	78	79

#### Barn- och ungdomspsykiatri:

Könsskillnader finns fortfarande för vissa indikatorer och enskilda frågor.

Indikatorer	Resultat	
	Pojkar	Flickor
Bemötande – mål 90	88	92
Information – mål 80	69	71
Upplevd Nyttä – mål 80	68	74
Tillgänglighet – mål 90	92	81

## Kvalitetsområde 6: Vård i rimlig tid

### Första besök till psykiatri och habiliteringen inom 30 dagar resp 7 dagar – indikator 6:1 och 6:2

**Målsättning:** Första besök inom psykiatri och habiliteringen ska ges senast 30 dagar efter remiss vid beslut om vårdåtagande.

**Frågeställning:** Hur lång tid får patienterna vänta på ett nybesök fördelat per enhet?

#### Kvalitetsmått besök inom 30 dagar:

Ingen patient inom psykiatri och max 40% inom habiliteringen ska vänta längre än 30 dagar till ett nybesök (exkl pvv och medicinskt orsakad väntan)

#### Kvalitetsmått besök inom 7 dagar:

2013: 30% av vuxenpsykiatriens patienter ska inte vänta längre än 7 dagar till ett nybesök (exkl patientvald och medicinskt orsakad väntan)

### Resultat:

#### Besök inom 30 dagar:

Psykiatri: 81% av patienterna fått ett nybesök inom 30 dagar. Målet ej helt uppfyllt  
Habiliteringen: 29% av patienterna fått ett nybesök inom 30 dagar. Målet är ej uppfyllt

#### Besök inom 7 dagar:

Psykiatri: 26% av patienterna fått ett nybesök inom 7 dagar. Målet är ej helt uppfyllt

Faktisk väntetid – d.v.s. genomfört nybesök under år 2014. EXKL patientvald väntan			
	Max 7 dgr %	Max 30 dgr %	Max 90 dgr %
Karlskrona	25%	87%	99,8%
Ronneby	40%	86%	100%
<b>VUP Öst</b>	<b>30%</b>	<b>86%</b>	<b>99,9%</b>
Karlshamn	26%	89%	99,7%
Sbg/Ofm	26%	71%	98,7%
<b>VUP Väst</b>	<b>26%</b>	<b>81%</b>	<b>99,3%</b>
Äldrepsyk	11%	65%	96,6%
Sexologi	6%	43%	90,6%
<b>LGP</b>	<b>9%</b>	<b>54%</b>	<b>94,7%</b>
BUP Öst inkl MHV/BHV	20%	93%	99,4%
BUP Väst inkl MHV/BHV	11%	82%	100%
<b>BUP</b>	<b>16%</b>	<b>88%*)</b>	<b>99,7%</b>
<b>Totalt psykiatri</b>	<b>21%</b>	<b>84%</b>	<b>99,3%</b>
Hab Kmn	2%	32%	95,1%
Hab K-na	4%	26%	95,5%
<b>Totalt Hab</b>	<b>3%</b>	<b>29%</b>	<b>95,3%</b>
<b>Totalt förv</b>	<b>20%</b>	<b>79%</b>	<b>99%</b>

\*) 93,3% exkl MHV/BHV

## Bilaga 3

### PSYKIATRI- OCH HABILITERINGSFÖRVALTNINGEN

#### PSYKIATRIN

	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014
<b>Vuxenpsykiatri inkl Länsgemensam psykiatri</b>					
Antal vård dagar	22 553	22 567	19 307	19 103	14 362
Öppenvårdsbesök	56 052	58 315	59 101	60 638	65 500
- varav nybesök	1 998	1 961	1 971	2 064	2 087
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>60 103 0</i>	<i>63 857</i>	<i>64 426</i>	<i>68 678</i>	<i>73 519</i>
Övriga vårdkontakter	2 478	2 045	1 886	1 899	1 242
<b>Barn- och ungdomspsykiatri</b>					
Antal vård dagar	438	209	195	263	358
Öppenvårdsbesök	11 620	11 150	11 308	11 865	11 926
- varav nybesök	1 124	1 167	1 214	1 244	1 273
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>13 485 0</i>	<i>13 723</i>	<i>13 681</i>	<i>14 456</i>	<i>14 838</i>
Övriga vårdkontakter	149	110	104	96	60
<b>Skarven</b>					
Mottagningsbesök	840	636			
- varav nybesök	116	74			
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>844</i>	<i>641</i>			
<b>TOTALT PSYKIATRI</b>					
Fastställda vårdplatser 31/12	74	66	66	66	46
<b>Totalt slutenvård, vård dagar</b>	<b>22 991</b>	<b>22 776</b>	<b>19 502</b>	<b>19 366</b>	<b>14 720</b>
<b>Totalt antal avslutade vårdtillfällen</b>	<b>1334</b>	<b>1358</b>	<b>1414</b>	<b>1452</b>	<b>1336</b>
<b>Totalt antal öppenvårdsbesök</b>	<b>68 512</b>	<b>70 101</b>	<b>70 409</b>	<b>72 503</b>	<b>77 426</b>
- varav nybesök	3 238				
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>74 432 0</i>	<i>78 221 0</i>	<i>78 107 0</i>	83 134	88 357
Övriga vårdkontakter	2 627	2 155	1 990	1 995	1 302
<b>Totalt öppenvård (besök o vårdkontakt)</b>	<b>71 139</b>	<b>72 256</b>	<b>72 399</b>	<b>74 498</b>	<b>78 728</b>
<b>Totalt öppenvård (prestationsbesök och vårdkontakter)</b>	<b>77 059</b>	<b>80 376</b>	<b>80 097</b>	<b>85 129</b>	<b>89 659</b>

#### HABILITERINGEN

	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014
Öppenvårdsbesök	7929	8424	7522	7617	7902
- varav nybesök	288	308	287	330	268
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>13 485 0</i>	<i>13 723 0</i>	<i>13 681 0</i>	<i>14 456 0</i>	<i>14 838</i>

#### Förutsättningar:

Beräkningarna av besök respektive prestationsbesök har räknats om enligt SKL:s beräkningsmodell

Övriga vårdkontakter började särredovisas år 2007. Ingick tidigare i "besök". Räknas ej med i den officiella statistiken enligt Soc.styr def

## PSYKIATRIN I BLEKINGE

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>VUXENPSYKIATRI</b>					
<b>Karlskrona</b>					
Fastställda vårdplatser, avd 28	14	14	14	14	14
Fastställda vårdplatser, avd 29	13	14 d)	14	14	14/0 j)
Vård dagar, avd 28	4 840	4 840	4 505	4 310	4 181
Vård dagar, avd 29	4 740	4 740	4 176	4 942	900
Vårdtillfällen, avd 28	230	239	274	261	261
Vårdtillfällen, avd 29	242	195	198	228	72
Belägg.n.procent (vårdmgr) avd 28	96	95	88	84	82
Belägg.n.procent (vårdmgr) avd 29	99	93	82	97	71
<b>Tot antal besök</b>	<b>20122</b>	<b>21180</b>	<b>20 625</b>	<b>19973</b>	<b>22061</b>
- varav mottagning	20 122	11 669	10 791	11 269	12 258
- varav mellanvård		9 521	9 834	8 704	9 803
Antal nybesök	693	659	603	522	548
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>21 861</i>	<i>23 553</i>	<i>21 975</i>	<i>21 861</i>	<i>24 551</i>
Övriga vårdkontakter	297	449	386	327	260
<b>Ronneby</b>					
<b>Tot antal besök</b>	<b>11492</b>	<b>10709</b>	<b>9587</b>	<b>9544</b>	<b>9437</b>
- varav mottagning	11 492	5 797	3 219	3 730	3 489
- varav mellanvård		4912	6368	5814	5948
- varav nybesök	245	223	168	211	212
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>12 625</i>	<i>12 062</i>	<i>11 441</i>	<i>11 898</i>	<i>10 814</i>
Övriga vårdkontakter	143	186	201	163	211
<b>Karlshamn</b>					
Fastställda vårdplatser	17	18 d)	18	18 *)	18/12 k)
Vård dagar	5 763	5 655	5 691	4 858	4 250
Vårdtillfällen	259	289	275	311	228
Belägg.n.proc (vårdmgr)	93	91	91	74 *)	86
<b>Tot antal besök</b>	<b>10890</b>	<b>11092</b>	<b>11307</b>	<b>15573 i)</b>	<b>18593</b>
- varav mottagning	10 890	8 035	7 807	7 486	8 406
- varav mellanvård		3057	3500	8087	10189
- varav nybesök	316	266	262	274	331
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>11 473</i>	<i>12 177</i>	<i>12 049</i>	<i>16 516</i>	<i>20 068</i>
Övriga vårdkontakter	497	122	135	700	232
<b>Sölvesborg/Olofström</b>					
<b>Tot antal besök</b>	<b>9636</b>	<b>9323</b>	<b>9891</b>	<b>6718 i)</b>	<b>6484</b>
- varav mottagning	9636	6355	6184	6718	6484
- varav mellanvård		2968	3707		
- varav nybesök	326	273	300	338	244
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>9855</i>	<i>9537</i>	<i>10087</i>	<i>6835</i>	<i>6625</i>
Övriga vårdkontakter	1153	910	848	123	107

\*) i praktiken har inte 18 vpl funnits, då överflyttningen av resurser till öv startat tidigare under året



	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Psyk akuten (PAKA)</b>					
Fastställda vårdplatser	12/10 c)	10/6 h)	6	6	6
Vård dagar	2 869	2 110	1 632	1 682	1 601
Vårdtillfällen	969	623	619	590	597
Belägg.n.procent (vårdgr)	73	81	75	77	73
<b>Tot antal besök</b>	<b>884</b>	<b>1576</b>	<b>2293</b>	<b>2309</b>	<b>2112</b>
- varav nybesök	215	325	445	491	524
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>984</i>	<i>1752</i>	<i>2569</i>	<i>4100</i>	<i>3757</i>
Övriga vårdkontakter	290	198	170	248	314
<b>Psyk intensiv (PIVA)</b>					
Fastställda vårdplatser		4 h)	4	4	4
Vård dagar		669	999	950	893
Vårdtillfällen		38	31	44	39
Belägg.n.procent (vårdgr)		69	68	65	61
<b>Beroende b)</b>					
Fastställda vårdplatser	6 b)	6/8 e)	8	8	8
Vård dagar	1215	2219	2304	2361	2537
Vårdtillfällen	210	398	486	459	432
Belägg.n.procent (vårdgr)	95	85	79	81	87
<b>Tot antal besök</b>	<b>620</b>	<b>1478</b>	<b>2064</b>	<b>3421</b>	<b>3619</b>
- varav nybesök	2	2	4	21	21
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>620</i>	<i>1500</i>	<i>2073</i>	<i>3492</i>	<i>3679</i>
Övriga vårdkontakter	22	18	0	1	6
<b>Äldrepsykiatri</b>					
Fastställda vårdplatser	10	10/0 f)			
Vårdtid	3 218	2 395			
Vård dagar	3 126	2 334			
Vårdtillfällen	111	75			
Belägg.n.procent (vårdgr)	86	70			
<b>Tot antal besök</b>	<b>813</b>	<b>852</b>	<b>1065</b>	<b>904</b>	<b>1212</b>
- varav nybesök	111	112	131	97	122
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>1007</i>	<i>1075</i>	<i>1707</i>	<i>1434</i>	<i>1881</i>
Övriga vårdkontakter	13	64	104	304	71
<b>Ätstörningar</b>					
<b>Tot antal besök</b>	<b>1351</b>	<b>1842</b>	<b>2025</b>	<b>1841</b>	<b>1618</b>
- varav nybesök	24	46	12	28	21
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>1362</i>	<i>1883</i>	<i>2231</i>	<i>2107</i>	<i>1718</i>
Övriga vårdkontakter	63	98	42	33	41
<b>Sexologiska verksamheten</b>					
<b>Tot antal besök</b>	<b>244</b>	<b>263</b>	<b>244</b>	<b>355</b>	<b>364</b>
- varav nybesök	66	55	46	82	64
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>316</i>	<i>318</i>	<i>294</i>	<i>435</i>	<i>426</i>

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>BARN- OCH UNGDOMSPSYK</b>					
<b>BUP, Öst</b>					
Fastställda vårdplatser	4 a)	4/2 g)	2	2	2
Vård dagar	438	209	195	263	358
Vårdtillfällen	43	32	37	48	57
Belägg.n.procent (vårdgr)	42	27	38	51	69
<b>Tot antal besök</b>	<b>7222</b>	<b>6642</b>	<b>6378</b>	<b>6396</b>	<b>6003</b>
- varav mottagning	6 663	5 330	5 219	5 299	4 873
- varav mellanvård		760	538	554	559
- varav MHV/BHV	559	552	621	543	571
- varav nybesök	700	698	731	720	727
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>8 482</i>	<i>8 220</i>	<i>7 755</i>	<i>7 771</i>	<i>7 447</i>
Övriga vårdkontakter	62	73	51	70	34
<b>BUP, K-hamn</b>					
<b>Tot antal besök</b>	<b>4398</b>	<b>4508</b>	<b>4930</b>	<b>5469</b>	<b>5923</b>
- varav mottagning	3 548	2 919	3 293	3 608	3 946
- varav mellanvård		967	1 041	1 135	1 206
- varav MHV/BHV	850	622	596	726	771
- varav nybesök	424	469	483	524	546
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>5 003</i>	<i>5 503</i>	<i>5 926</i>	<i>6 685</i>	<i>7 391</i>
Övriga vårdkontakter	87	37	53	26	26
<b>Skarven</b>					
<b>Tot antal besök</b>	<b>840</b>	<b>636</b>			
- varav nybesök	116	74			
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>844</i>	<i>641</i>			

\*) inkl neddragn under sommaren

	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014
<b>HABILITERINGEN</b>					
<b>Hab Karlskrona</b>					
Öppenvårdsbesök	4349	4436	3731	3830	3995
- varav nybesök	136	153	150	193	160
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>6526</i>	<i>6493</i>	<i>5437</i>	<i>5807</i>	<i>6246</i>
<b>Hab Karlshamn</b>					
Öppenvårdsbesök	3580	3988	3791	3787	3907
- varav nybesök	152	155	137	137	108
<i>Totalt prestationsbesök</i>	<i>5235</i>	<i>5694</i>	<i>5529</i>	<i>5529</i>	<i>6036</i>

## PSYKIATRISK VÅRD UTANFÖR LÄNET:

	Vård dagar				
	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014
Regionvård (LRV)	3 413	4 687	4 876	5 082	4 864
Regionvård (LPT)	1 780	505	0	0	0
Utomlänsvård	1 119	848	1 257	1 341	1 913
<b>Totalt</b>	<b>6 312</b>	<b>6 040</b>	<b>6 133</b>	<b>6 423</b>	<b>6 777</b>

	Vårdkostnader				
	År 2010	År 2011	År 2012	År 2013	År 2013
Regionvård (LRV)	20 355 967	29 249 070	30 352 580	30 521 215	31 517 229
Regionvård (LPT-vård*)	10 502 656	3 396 988	362 147	191 543	365 703
Utomlänsvård (inkl öppenvård)	5 842 556	3 720 889	4 951 444	6 736 096	8 268 805
<b>Totalt</b>	<b>36 701 179</b>	<b>36 366 947</b>	<b>35 666 171</b>	<b>37 448 854</b>	<b>40 151 737</b>

\*) inkl vår del av den solidariska finansieringen av dövpsyki mott, Lund

- a) 4 vpl fr år 2010
- b) Beroendeenheten startade juni 2010
- c) 10 vpl fr juni 2010
- d) 14 resp 18 pl fr.o.m jan 2011
- e) 8 pl fr.o.m juni 2011
- f) avd 1 ej kvar efter nov 2011
- g) 2pl fr juli 2011
- h) PAKA 6 pl o PIVA 4 pl fr juni 2011
- i) Hela mv väst ingår i Kmn siffror fr 2013
- j) avd 29 ej kvar efter mars 2014
- k) 12 pl fr april 2014

### Definitioner enligt Socialstyrelsen:

- 1) Vårdtid: Skillnaden mellan ut- och inskrivningsdatum, inkl permissiondagar men exkl Ö tvångsv
- 2) Vård dagar: Vårdtid (inkl Ö tv.vård) exkl hela perm.dagar
- 3) Beläggingsprocent: Beräknad på vård dagar

### Beräkningar av besök:

#### prestationsbesök

(Patient)besök = Ett besök/patient  
 Prestationsbesök = Dagsjukvårds-  
 besök - ett per patient, + Mottagnings-  
 besök - antal patienter x medverkande  
 antal behandlare.

Beräkningar enligt besked av  
 SKL 2011-01-05

### Övriga definitioner

- Övriga vårdkontakter: Kontakt med psykiatrin som inte uppfyller en eller flera av kriterierna för besök men som ändå ska registreras och följas upp In gick innan 2007 i antalet besök

## Bilaga 4

Landstinget Blekinge  
Personalrapport

Formulär FR 6:1 - Personalstatistik  
Förvaltning/Nämnd per personalgrupp

FörvaltningNämnd: Psykiatri och habilitering	Period: jan - dec 2014
Ifylld av: Elisabeth Klint	Datum: 2015-01-13

Utförd arbetstid inkl övertid, mertid och timanställningar, ackumulerat tom 201X-12-31 omräknad till årsarbetare (1 760 timmar)

Utförd arbetstid	2013			2014			Förändring		
	jan-dec K	jan-dec M	jan-dec Totalt	jan-dec K	jan-dec M	jan-dec Totalt	K	M	Totalt
Personalgrupp AID									
1.1 Ledningsarbete	8	8	16	8	8	16	0	0	0
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	7	0	7	9	1	10	2	1	3
1.3 Läkarsekreterare	30	1	31	31	1	32	0	0	1
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare	9	6	15	8	7	15	0	0	0
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	9	6	15	10	7	17	2	1	2
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	34	11	45	32	10	42	-2	-1	-3
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	68	23	91	70	25	95	2	3	5
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	80	42	122	82	43	124	2	0	2
2.6 Vård/omsorg mm; sjukhustekniker/lab personal	0		0	0		0	0	0	0
3.0 Tandvårdsarbete							0	0	0
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	18	0	18	19	0	19	1	0	1
5.0 Socialt och kurativt arbete	20	3	23	21	2	23	1	-1	0
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	9		9	10		10	1	0	1
7.0 Teknikarbete							0	0	0
8.0 Hantverkararbete m m							0	0	0
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb	0		0	0		0	0	0	0
00 Saknas etikett	0	0	0	0	0	1	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>292</b>	<b>101</b>	<b>393</b>	<b>301</b>	<b>104</b>	<b>404</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>12</b>

**Övertid, ackumulerat tom 201X-12-31 omräknad till årsarbetare (1 760 timmar)**

Övertid	2013			2014			Förändring		
	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	K	M	Totalt
Personalgrupp AID	K	M	Totalt	K	M	Totalt			
1.1 Ledningsarbete							0,00	0,00	0,00
1.2 Handläggare- och administratörsarbete							0,00	0,00	0,00
1.3 Läkarsekreterare	0,01		0,01	0,04		0,04	0,03	0,00	0,03
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare							0,00	0,00	0,00
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	0,03	0,04	0,06	0,04	0,05	0,08	0,01	0,01	0,02
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	0,27	0,23	0,51	0,28	0,19	0,47	0,01	-0,05	-0,04
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	0,13	0,09	0,22	0,26	0,13	0,39	0,13	0,04	0,17
2.6 Vård/omsorg mm; sjuksköterska/lab personal							0,00	0,00	0,00
3.0 Tandvårdsarbete							0,00	0,00	0,00
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete							0,00	0,00	0,00
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,01	0,00
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	0,00		0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
7.0 Teknikarbete							0,00	0,00	0,00
8.0 Hantverkararbete m m							0,00	0,00	0,00
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb							0,00	0,00	0,00
00 Saknas etikett							0,00	0,00	0,00
<b>Totalt</b>	<b>0,45</b>	<b>0,37</b>	<b>0,81</b>	<b>0,63</b>	<b>0,37</b>	<b>0,99</b>	<b>0,18</b>	<b>0,00</b>	<b>0,18</b>

**Mertid ackumulerat tom 201X-12-31 omräknad till årsarbetare (1 760 timmar)**

Mertid	2013			2014			Förändring		
	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	K	M	Totalt
Personalgrupp AID	K	M	Totalt	K	M	Totalt			
1.1 Ledningsarbete							0,00	0,00	0,00
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,01		0,01	0,00		0,00	-0,01	0,00	-0,01
1.3 Läkarsekreterare	0,04		0,04	0,04		0,04	0,01	0,00	0,01
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare							0,00	0,00	0,00
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	0,00		0,00	0,01		0,01	0,00	0,00	0,00
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	0,06	0,02	0,08	0,02	0,00	0,02	-0,04	-0,02	-0,06
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	0,32	0,20	0,52	0,34	0,19	0,53	0,02	-0,01	0,01
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	0,52	0,35	0,87	0,46	0,31	0,77	-0,06	-0,03	-0,09
2.6 Vård/omsorg mm; sjuksköterska/lab personal							0,00	0,00	0,00
3.0 Tandvårdsarbete							0,00	0,00	0,00
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,03		0,03	0,00		0,00	-0,02	0,00	-0,02
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01	0,03	0,00	0,00	0,01
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	0,00		0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
7.0 Teknikarbete							0,00	0,00	0,00
8.0 Hantverkararbete m m							0,00	0,00	0,00
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb							0,00	0,00	0,00
00 Saknas etikett							0,00	0,00	0,00
<b>Totalt</b>	<b>0,99</b>	<b>0,57</b>	<b>1,56</b>	<b>0,89</b>	<b>0,51</b>	<b>1,40</b>	<b>-0,10</b>	<b>-0,06</b>	<b>-0,17</b>

**Timavlönade ackumulerat tom 201X-12-31 omräknad till årsarbetare (1 760 timmar)**

Timavlönade, utförd arbetstid	2013			2014			Förändring		
	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	K	M	Totalt
Personalgrupp AID	K	M	Totalt	K	M	Totalt	K	M	Totalt
1.1 Ledningsarbete	0,00		0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,01		0,01	0,04		0,04	0,03	0,00	0,03
1.3 Läkarsekreterare	0,18		0,18	0,13		0,13	-0,06	0,00	-0,06
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare	0,92	0,57	1,49	0,81	0,68	1,50	-0,11	0,11	0,00
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	0,01	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	-0,01	-0,02	-0,03
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	0,40	0,05	0,45	0,14	0,06	0,20	-0,26	0,01	-0,25
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	0,13	0,06	0,18	0,05	0,06	0,11	-0,08	0,01	-0,07
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	2,01	0,91	2,93	2,91	1,47	4,38	0,90	0,55	1,45
2.6 Vård/omsorg mm; sjukhustekniker/lab personal							0,00	0,00	0,00
3.0 Tandvårdsarbete							0,00	0,00	0,00
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,28		0,28	0,15		0,15	-0,12	0,00	-0,12
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,00		0,00	0,20		0,20	0,20	0,00	0,20
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	0,01		0,01	0,02		0,02	0,01	0,00	0,01
7.0 Teknikarbete							0,00	0,00	0,00
8.0 Hantverkararbete m m							0,00	0,00	0,00
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb	0,16		0,16	0,30		0,30	0,14	0,00	0,14
00 Saknas etikett	0,14	0,00	0,14	0,03	0,09	0,12	-0,11	0,09	-0,02
<b>Totalt</b>	<b>4,26</b>	<b>1,61</b>	<b>5,87</b>	<b>4,79</b>	<b>2,36</b>	<b>7,15</b>	<b>0,53</b>	<b>0,75</b>	<b>1,28</b>

**Frånvaro per frånvarohuvudgrupp, ackumulerat tom 201X-12-31 omräknad till årsarbetare (1 760 timmar)**

Frånvaro per huvudgrupp	2013			2014			Förändring		
	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	K	M	Totalt
FRÅNVAROHUVUDGRP	K	M	Totalt	K	M	Totalt	K	M	Totalt
01 Sjukfrånvaro	19,3	6,9	26,2	20,2	7,8	28,0	0,9	0,9	1,8
02 Tf Vård av barn	3,0	0,7	3,7	2,5	0,6	3,1	-0,5	-0,1	-0,6
03 Semester	43,4	13,7	57,1	45,7	14,8	60,4	2,3	1,0	3,3
04 Föräldraledighet	11,5	3,1	14,6	13,1	1,4	14,5	1,6	-1,7	-0,1
05 Utbildning	12,5	3,1	15,6	13,9	2,9	16,8	1,4	-0,2	1,2
06 Fackligt uppdrag	1,0	0,2	1,2	0,6	0,1	0,8	-0,4	0,0	-0,4
07 Övr.frånvaro m lön	8,8	2,1	10,9	10,0	2,7	12,7	1,2	0,6	1,8
08 Övr.frånvaro u lön	8,5	1,5	10,0	6,6	1,9	8,5	-1,9	0,4	-1,5
09 Flexledighet	6,0	0,8	6,8	6,5	0,9	7,4	0,5	0,1	0,5
10 Sem i timmar	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
<b>Totalt</b>	<b>114,3</b>	<b>32,1</b>	<b>146,4</b>	<b>119,3</b>	<b>33,0</b>	<b>152,3</b>	<b>5,0</b>	<b>0,9</b>	<b>5,9</b>

Genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar per anställd, ackumulerat tom 201X-12-31

Sjukfrånvarodagar per anställd	2013			2014			Förändring		
	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	jan-dec	K	M	Totalt
Personalgrupp AID	K	M	Totalt	K	M	Totalt			
1.1 Ledningsarbete	6,0	3,1	4,5	1,7	4,4	3,0	-4,3	1,2	-1,5
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	19,3	365,0	53,8	12,7	214,0	26,1	-6,5	-151,0	-27,7
1.3 Läkarsekreterare	27,5	56,5	28,2	31,8	15,0	31,4	4,3	-41,5	3,2
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare	2,4	26,6	11,8	5,4	0,9	3,5	3,0	-25,7	-8,3
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	3,9	0,0	3,0	13,5	26,0	16,0	9,6	26,0	13,0
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	19,5	9,3	16,8	15,7	14,4	15,4	-3,8	5,1	-1,4
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	17,1	6,4	14,5	16,5	8,8	14,5	-0,6	2,4	0,1
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	18,3	25,7	20,8	29,5	32,7	30,6	11,2	7,0	9,8
2.6 Vård/omsorg mm; sjukhustekniker/lab personal							0,0	0,0	0,0
3.0 Tandvårdsarbete							0,0	0,0	0,0
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	21,0		21,0	15,0		15,0	-6,0	0,0	-6,0
5.0 Socialt och kurativt arbete	9,8	1,9	9,0	21,9	67,6	27,1	12,1	65,7	18,1
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	3,5		3,5	6,8		6,8	3,3	0,0	3,3
7.0 Teknikarbete							0,0	0,0	0,0
8.0 Hantverkararbete m m							0,0	0,0	0,0
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb							0,0	0,0	0,0
00 Saknas etikett							0,0	0,0	0,0
<b>Totalt</b>	<b>17,1</b>	<b>19,0</b>	<b>17,6</b>	<b>20,6</b>	<b>23,1</b>	<b>21,2</b>	<b>3,5</b>	<b>4,1</b>	<b>3,6</b>

Totalt antal anställda 201X-12-31

Tillsvidareanställda och visstidsanställda	2013			2014			Förändring		
	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	K	M	Totalt
Personalgrupp AID	K	M	Totalt	K	M	Totalt			
1.1 Ledningsarbete	9	9	18	8	8	16	-1	-1	-2
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	8	1	9	13	1	14	5	0	5
1.3 Läkarsekreterare	41	1	42	40	1	41	-1	0	-1
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare	11	7	18	10	7	17	-1	0	-1
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	11	3	14	12	3	15	1	0	1
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	43	15	58	40	10	50	-3	-5	-8
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	93	30	123	91	31	122	-2	1	-1
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	97	50	147	97	49	146	0	-1	-1
2.6 Vård/omsorg mm; sjukhustekniker/lab personal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.0 Tandvårdsarbete	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	29	0	29	25	0	25	-4	0	-4
5.0 Socialt och kurativt arbete	29	3	32	31	4	35	2	1	3
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	11	0	11	11	0	11	0	0	0
7.0 Teknikarbete	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.0 Hantverkararbete m m	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb	0	0	0	0	0	0	0	0	0
00 Saknas etikett	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>382</b>	<b>119</b>	<b>501</b>	<b>378</b>	<b>114</b>	<b>492</b>	<b>-4</b>	<b>-5</b>	<b>-9</b>

**Antal tillsvidareanställda 201X-12-31**

Tillsvidareanställda	2013			2014			Förändring		
	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	K	M	Totalt
Personalgrupp AID	K	M	Totalt	K	M	Totalt	K	M	Totalt
1.1 Ledningsarbete	9	9	18	8	8	16	-1	-1	-2
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	8	1	9	10	1	11	2	0	2
1.3 Läkarsekreterare	38	1	39	38	1	39	0	0	0
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare	11	7	18	10	7	17	-1	0	-1
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	7	3	10	9	2	11	2	-1	1
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	39	10	49	37	9	46	-2	-1	-3
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	85	23	108	90	30	120	5	7	12
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	96	49	145	93	48	141	-3	-1	-4
2.6 Vård/omsorg mm; sjukhustekniker/lab personal							0	0	0
3.0 Tandvårdsarbete							0	0	0
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	26		26	22		22	-4	0	-4
5.0 Socialt och kurativt arbete	28	2	30	29	2	31	1	0	1
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	11		11	11		11	0	0	0
7.0 Teknikarbete							0	0	0
8.0 Hantverkararbete m m							0	0	0
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb							0	0	0
00 Saknas etikett							0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>358</b>	<b>105</b>	<b>463</b>	<b>357</b>	<b>108</b>	<b>465</b>	<b>-1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

**Antal visstidsanställda (månadsavlönade) 201X-12-31**

Visstidsanställda (månadsavlönade)	2013			2014			Förändring		
	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	K	M	Totalt
Personalgrupp AID	K	M	Totalt	K	M	Totalt	K	M	Totalt
1.1 Ledningsarbete							0	0	0
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0		0	3		3	3	0	3
1.3 Läkarsekreterare	3		3	2		2	-1	0	-1
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare							0	0	0
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	4	0	4	3	1	4	-1	1	0
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	4	5	9	3	1	4	-1	-4	-5
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	8	7	15	1	1	2	-7	-6	-13
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	1	1	2	4	1	5	3	0	3
2.6 Vård/omsorg mm; sjukhustekniker/lab personal							0	0	0
3.0 Tandvårdsarbete							0	0	0
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	3		3	3		3	0	0	0
5.0 Socialt och kurativt arbete	1	1	2	2	2	4	1	1	2
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete							0	0	0
7.0 Teknikarbete							0	0	0
8.0 Hantverkararbete m m							0	0	0
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb							0	0	0
00 Saknas etikett							0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>38</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>27</b>	<b>-3</b>	<b>-8</b>	<b>-11</b>



### Genomsnittlig sysselsättningsgrad

Tillvidareanställda	2013			2014			Förändring		
	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	201X-12-31	K	M	Totalt
Personalgrupp AID	K	M	Totalt	K	M	Totalt	K	M	Totalt
1.1 Ledningsarbete	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	96,9	100,0	97,2	97,5	100,0	97,7	0,6	0,0	0,5
1.3 Läkarsekreterare	96,2	100,0	96,3	96,2	100,0	96,3	0,0	0,0	0,0
2.1 Vård/omsorg mm; specialistkomp läkare	100,0	89,3	95,8	100,0	89,3	95,6	0,0	0,0	-0,2
2.2 Vård/omsorg mm; icke specialistkomp läkare	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
2.3 Vård/omsorg mm; psykolog o psykoterapeut	97,7	100,0	98,2	98,1	100,0	98,5	0,4	0,0	0,3
2.4 Vård/omsorg mm; sjuksköterska m fl	97,1	100,0	97,7	97,7	99,3	98,1	0,6	-0,7	0,4
2.5 Vård/omsorg mm; undersköterska m fl	95,7	96,9	96,1	95,5	97,9	96,4	-0,1	1,0	0,3
2.6 Vård/omsorg mm; sjukhustekniker/lab personal							0,0	0,0	0,0
3.0 Tandvårdsarbete							0,0	0,0	0,0
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	99,0		99,0	100,0		100,0	1,0	0,0	1,0
5.0 Socialt och kurativt arbete	98,4	100,0	98,5	99,1	100,0	99,2	0,7	0,0	0,7
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	100,0		100,0	100,0		100,0	0,0	0,0	0,0
7.0 Teknikarbete							0,0	0,0	0,0
8.0 Hantverkararbete m m							0,0	0,0	0,0
9.0 Köks-, måltids-, städ-, tvätt- och renhållningsarb							0,0	0,0	0,0
00 Saknas etikett							0,0	0,0	0,0
<b>Totalt</b>	<b>97,2</b>	<b>97,9</b>	<b>97,4</b>	<b>97,5</b>	<b>98,2</b>	<b>97,7</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>

### Antal tillsvidareanställda, heltid/deltid, uppgifterna gäller per 31/12 resp år

År	Antal	Antal	Antal	Antal män	Antal män	Antal män	Antal	Antal	Antal
	kvinnor heltid	kvinnor deltid	kvinnor totalt	heltid	deltid	totalt	heltider	deltider	totalt
2013	328	30	358	98	7	105	426	37	463
2014	332	25	357	101	7	108	433	32	465
År	Andel kvinnor heltid	Andel kvinnor deltid	Andel kvinnor totalt	Andel män heltid	Andel män deltid	Andel män totalt	Andel heltider	Andel deltider	Andel totalt
2013	91,6%	8,4%	100%	93,3%	6,7%	100%	92,0%	8,0%	100%
2014	93,0%	7,0%	100%	93,5%	6,5%	100%	93,1%	6,9%	100%

# Bilaga 5

Landstinget Blekinge  
Personalrapport

Formulär FR 6:2 - Inhyrda och arvoderade läkare  
Landstinget

Psykiatri och habilitering	Period: januari - december
Ifylld av: Elisabeth Klint	Datum: 2015-01-15

Källa: HSF uppföljning av inhyrd/arvoderad personal samt raindance

Inhyrda läkare	2013				2014				Förändring 2014-2013			
	Arbetade timmar	Kostnad Kr			Arbetade timmar	Kostnad Kr			Arbetade timmar	Kostnad Kr		
Basenhet	För jour	För tid exkl jour	Total kostnad	För jour	För tid exkl jour	Total kostnad	För jour	För tid exkl jour	Total kostnad	För jour	För tid exkl jour	Total kostnad
Habilitering	756		869 524	869 524	0		0	-756	0	-869 524	-869 524	
Vuxenpsykiatri Väst	6 000		6 790 140	6 790 140	5 872		7 525 344	-128	0	735 204	735 204	
Vuxenpsykiatri öst	8 898		10 705 651	10 705 651	9 362		12 182 435	464	0	1 476 784	1 476 784	
Länsgemensam Psykiatri	2 464		2 989 047	2 989 047	4 235		5 658 155	1 772	0	2 669 108	2 669 108	
Psykiatriförvaltningen gemensa	0	2 375 324	0	2 375 324	0	3 900 159	3 900 159	0	1 524 835	0	1 524 835	
<b>Totalt</b>	<b>18 118</b>	<b>2 375 324</b>	<b>21 354 362</b>	<b>23 729 686</b>	<b>19 469</b>	<b>3 900 159</b>	<b>25 365 934</b>	<b>29 266 093</b>	<b>1 352</b>	<b>1 524 835</b>	<b>4 011 572</b>	<b>5 536 407</b>

Inhyrda läkare	2013				2014				Förändring 2014-2013			
	Års-arbetare	Kostnad Kr			Års-arbetare	Kostnad Kr			Års-arbetare	Kostnad Kr		
Förvaltning	För jour	För tid exkl jour	Total kostnad	För jour	För tid exkl jour	Total kostnad	För jour	För tid exkl jour	Total kostnad	För jour	För tid exkl jour	Total kostnad
Habilitering	0,43	0	869 524	869 524	0,00	0	0	0	-0,43	0	-869 524	-869 524
Vuxenpsykiatri Väst	3,41	0	6 790 140	6 790 140	3,34	0	7 525 344	7 525 344	-0,07	0	735 204	735 204
Vuxenpsykiatri öst	5,06	0	10 705 651	10 705 651	5,32	0	12 182 435	12 182 435	0,26	0	1 476 784	1 476 784
Länsgemensam Psykiatri	1,40	0	2 989 047	2 989 047	2,41	0	5 658 155	5 658 155	1,01	0	2 669 108	2 669 108
Psykiatriförvaltningen gemensa	0,00	2 375 324	0	2 375 324	0,00	3 900 159	0	3 900 159	0,00	1 524 835	0	1 524 835
<b>Totalt</b>	<b>10,29</b>	<b>2 375 324</b>	<b>21 354 362</b>	<b>23 729 686</b>	<b>11,06</b>	<b>3 900 159</b>	<b>25 365 934</b>	<b>29 266 093</b>	<b>0,77</b>	<b>1 524 835</b>	<b>4 011 572</b>	<b>5 536 407</b>

## Bilaga 6

Landstinget Blekinge											Formulär FR 1 - Resultatrapport					
Ekonomirapportering											Utfall - Förvaltning					
Förvaltning:		12 Psykiatri och Habilitering			Period:	December 2014			Belopp:	TKR	Ifylld av:	Datum:		2015-01-22		
Kontoslag	UTFALL - ACKUMULERAT			BUDGET - ACKUMULERAT			FÖREG. ÅR - ACKUMULERAT			UTFALL JMF BUDGET			UTFALL JMF FÖREG. ÅR			
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	
<b>Intäkter</b>	<b>-45 388</b>	<b>-549</b>	<b>-45 937</b>	<b>-18 520</b>	<b>0</b>	<b>-18 520</b>	<b>-33 181</b>	<b>-716</b>	<b>-33 897</b>	<b>26 868</b>	<b>549</b>	<b>27 417</b>	<b>12 207</b>	<b>-167</b>	<b>12 040</b>	
<b>Personal</b>	<b>292 041</b>	<b>1 117</b>	<b>293 158</b>	<b>271 257</b>	<b>1 059</b>	<b>272 316</b>	<b>269 593</b>	<b>1 668</b>	<b>271 261</b>	<b>-20 784</b>	<b>-58</b>	<b>-20 842</b>	<b>-22 448</b>	<b>551</b>	<b>-21 897</b>	
- Anställda	254 779	0	254 779	263 936	0	263 936	240 156	0	240 156	9 156	0	9 156	-14 623	0	-14 623	
- Inhyrda	29 266	0	29 266	0	0	0	23 730	0	23 730	-29 266	0	-29 266	-5 536	0	-5 536	
- Övrigt	7 996	1 117	9 112	7 321	1 059	8 380	5 707	1 668	7 375	-674	-58	-732	-2 288	551	-1 737	
<b>Drift</b>	<b>89 229</b>	<b>65 419</b>	<b>154 648</b>	<b>82 990</b>	<b>64 183</b>	<b>147 174</b>	<b>86 088</b>	<b>66 550</b>	<b>152 638</b>	<b>-6 239</b>	<b>-1 236</b>	<b>-7 475</b>	<b>-3 141</b>	<b>1 130</b>	<b>-2 011</b>	
- Köpt vård	40 438	1	40 439	36 275	0	36 275	38 063	0	38 063	-4 163	-1	-4 164	-2 375	-1	-2 376	
- Läkemedel	27 631	0	27 631	27 212	0	27 212	27 232	0	27 232	-419	0	-419	-399	0	-399	
- Hjälpmedel	34	8 041	8 076	35	6 914	6 949	22	7 213	7 235	1	-1 127	-1 127	-12	-828	-841	
- Ankomstregistrerat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- Övrigt	21 126	57 377	78 503	19 468	57 269	76 738	20 771	59 337	80 108	-1 658	-107	-1 765	-355	1 960	1 605	
<b>Kapitalkostnad</b>	<b>84</b>	<b>10</b>	<b>94</b>	<b>84</b>	<b>10</b>	<b>94</b>	<b>494</b>	<b>34</b>	<b>528</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>	<b>409</b>	<b>24</b>	<b>433</b>	
<b>TOTALA INTÄKTER</b>	<b>-45 388</b>	<b>-549</b>	<b>-45 937</b>	<b>-18 520</b>	<b>0</b>	<b>-18 520</b>	<b>-33 181</b>	<b>-716</b>	<b>-33 897</b>	<b>26 868</b>	<b>549</b>	<b>27 417</b>	<b>12 207</b>	<b>-167</b>	<b>12 040</b>	
<b>TOTALA KOSTNADER</b>	<b>381 354</b>	<b>66 546</b>	<b>447 900</b>	<b>354 331</b>	<b>65 253</b>	<b>419 583</b>	<b>356 175</b>	<b>68 252</b>	<b>424 427</b>	<b>-27 024</b>	<b>-1 294</b>	<b>-28 317</b>	<b>-25 180</b>	<b>1 706</b>	<b>-23 474</b>	
<b>NETTORESULTAT</b>	<b>335 966</b>	<b>65 997</b>	<b>401 963</b>	<b>335 811</b>	<b>65 253</b>	<b>401 063</b>	<b>322 994</b>	<b>67 536</b>	<b>390 530</b>	<b>-155</b>	<b>-744</b>	<b>-900</b>	<b>-12 972</b>	<b>1 539</b>	<b>-11 434</b>	
Basenhet	UTFALL - ACKUMULERAT			BUDGET - ACKUMULERAT			FÖREG. ÅR - ACKUMULERAT			UTFALL JMF BUDGET			UTFALL JMF FÖREG. ÅR			
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	
127 Barn och ungdomspsykiatri	36 732	7 586	44 317	36 881	7 428	44 309	34 912	8 108	43 020	150	-158	-8	-1 820	522	-1 297	
130 Habilitering	28 619	16 329	44 948	29 043	15 667	44 710	27 529	15 506	43 035	424	-663	-238	-1 089	-823	-1 913	
137 Psykiatriförvaltningen gemensa	80 312	1 445	81 758	88 334	1 372	89 706	85 086	1 489	86 575	8 022	-74	7 948	4 774	44	4 817	
142 Vuxenpsykiatri väst	58 371	14 344	72 716	54 872	14 573	69 445	52 540	14 759	67 298	-3 500	229	-3 271	-5 832	414	-5 417	
167 Vuxenpsykiatri öst	81 194	16 883	98 077	77 766	16 982	94 748	75 665	18 017	93 682	-3 428	99	-3 329	-5 528	1 134	-4 394	
190 Länsgemensam Psykiatri	50 738	9 409	60 147	48 915	9 231	58 146	47 261	9 657	56 918	-1 823	-178	-2 001	-3 477	248	-3 229	

# Bilaga 7

Landstinget Blekinge Ekonomirapportering							Formulär FR 4 - Analys och kommentarer Prognosförklaring				
Förvaltning:	12 Psykiatri och Habilitering		Period:	December 2014		Belopp:	TKR		Ifylld av:	Datum:	2015-01-22
Kontoslag	UTFALL ACK JMF BUDGET ACK			AVVIKELSE PROGNOSS AUG JMF BUDGET			SKILLNAD BUDGETAVVIKELSE JMF BUDGETAVVIKELSE PROGNOSS AUG				
	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt	Externt	Internt	Totalt		
<b>Intäkter</b>	26 868	549	27 417	20 677	500	21 177	-6 191	-49	-6 240		
<b>Personal</b>	-20 784	-58	-20 842	-17 932	-332	-18 264	2 852	-274	2 578		
- Anställda	9 156	0	9 156	6 851	0	6 851	-2 305	0	-2 305		
- Inhyrda	-29 266	0	-29 266	-27 129	0	-27 129	2 137	0	2 137		
- Övrigt	-674	-58	-732	2 346	-332	2 014	3 020	-274	2 746		
<b>Drift</b>	-6 239	-1 236	-7 475	-5 035	-879	-5 913	1 204	357	1 562		
- Köpt vård	-4 163	-1	-4 164	-4 010	0	-4 010	153	1	154		
- Läkemedel	-419	0	-419	-140	0	-140	279	0	279		
- Hjälpmedel	1	-1 127	-1 127	-12	-1 048	-1 060	-13	79	67		
- Ankomstregistrerat	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
- Övrigt	-1 658	-107	-1 765	-873	169	-703	785	277	1 062		
<b>Kapitalkostnad</b>	-1	0	-1	0	0	0	1	0	1		
<b>TOTALA INTÄKTER</b>	26 868	549	27 417	20 677	500	21 177	-6 191	-49	-6 240		
<b>TOTALA KOSTNADER</b>	-27 024	-1 294	-28 317	-22 967	-1 211	-24 177	4 057	83	4 140		
<b>NETTORESULTAT</b>	-155	-744	-900	-2 290	-711	-3 000	-2 134	34	-2 100		

Nr	SPECIFICERING AVVIKELSEFÖRÄNDRING	SKILLNAD BUDGETAVVIKELSE JMF BUDGETAVVIKELSE PROGNOS AUG			Kommentar (varför avvikelser)				
		Externt	Internt	Totalt					
<b>A</b>		<b>-2 134</b>	<b>34</b>	<b>-2 100</b>					
	<b>Intäkt</b>								
1	Externa int	-6191		-6191	Högre statsbidrag och asylintäkter än förväntat				
2	Interna intäkter		-49	-49	Högre interna intäkter än förväntat				
	<b>Personal</b>								
3	Anställda	-2305		-2305					
4	hyrläkare	2137		2137	Frånvaro under hösten på fast anställd läkare				
5	Övrigt	3020	-274	2746	Högre kostnader än förväntat på rekrytering och utbildning				
	<b>Drift</b>								
6	Köpt vård	153	1	154	Något högre kostnad än beräknad				
7	Läkemedel	279		279	Något högre kostnad än förväntat				
8	Hjälpmedel	-13	79	67	Som förväntat				
9	Ankomstreg			0					
10	Övrig drift	785	277	1062	Högre kostnad för kundförlust än förväntat. Högre kostnader i samband med flytt än förväntat.				
11	<b>Kapitalkostnad</b>	0	0	0					
				0					
<b>B</b>	<b>SUMMA SPECIFICERING</b>	<b>-2135</b>	<b>34,4</b>	<b>-2100</b>					
<b>C</b>	<b>KVAR ATT SPECIFICERA</b>	<b>1</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>					

# Bilaga 8

Landstinget Blekinge  
Ekonomirapportering

Formulär FR 7 - Investeringsrapport  
Förvaltning/Nämnd

Förvaltning/Nämnd:	Period: jan-dec 2014	Belopp: <b>TKR</b>	Ifylld av:
--------------------	----------------------	--------------------	------------

Psykiatri - habilitering, förvaltning 12

Datum: 2015-01-26

INVESTERINGSUPPGIFTER					EKONOMISK UPPFÖLJNING INVESTERING						
Ref	Investering (namn/beskrivning)	Investerande basenhet	Klassificering		Budget	Tidigare år 2013	Hitintills under år	Prognos rest året	Totalt detta år	Prognos 2015	Totalt per investering
			Typ	Orsak							
1	Medicintekniska investeringar	se anläggningsredovisning	MT			187	0	0	0		187
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
<b>TOTALT</b>						<b>187</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>187</b>

### Förklaring till kolumnen Klassificering.

Ange följande förkortningar per specificerad investering

<b>Typ</b> MT för Medicintekniska investeringar	○ PS för investeringar relaterade till Patientsäkerhet
FA för Fastighetsinvesteringar	KB för kostnadsbesparande investeringar
IT för IT investeringar	VE för verksamhetseffektiviserade investeringar
ÖV för Ivriga investeringar	AE för administrationseffektiviserande investeringar
	ÖV för övriga investeringar