



Verksamhetsberättelse 2015

Psykiatri och habiliteringsförvaltningen

Januari 2016



LANDSTINGET BLEKINGE

Landstingsdirektören

Verksamhetsberättelse 2015

Psykiatri och habilitering överlämnar härmed verksamhetsberättelse 2015.

Information i fackliga samverkansgruppen sker den 4 februari 2016.

Psykiatri och habilitering som ovan



Bodil Sundlöf
Förvaltningschef

Innehållsförteckning

1 Sammanfattning	5
2 Målområde - En god hälso- och sjukvård samt insatser för en bättre folkhälsa	7
2.1 Jämlig hälso- och sjukvård	7
2.1.1 Prioriteringar – världens svåra val.....	7
2.1.2 Jämlik vård och bemötande oavsett patientens bakgrund.....	9
2.1.3 Att identifiera områden där ojämlikhet råder	10
2.1.4 Samverkan.....	10
2.2 En bättre folkhälsa ska avspeglas i en ökad jämlig hälsa	12
2.3 Patientens och invånarens förtroende och medverkan	15
2.3.1 Förtroende och patientmedverkan	15
2.3.2 Delaktighet - Behandlings-/habiliteringsplan	17
2.4 Tillgänglig hälso- och sjukvård.....	18
2.5 Ändamålsenlig och säker vård.....	20
2.5.1 Patientsäker vård.....	20
2.5.2 God vård genom väl fungerande processer.....	22
2.5.3 Ändamålsenlig hälso- och sjukvård genom systematiska förbättringar.....	23
2.5.4 Direkt patienttid	23
2.5.5 Kvalitetsarbete	24
2.5.7 Kvalitet och effektivitet i sjukskrivningsprocessen	26
2.6 Verksamhetsrapport	27
2.6.1 Vuxenpsykiatri	27
2.6.2 Barn- och ungdomspsykiatri	28
2.6.3 Habiliteringen.....	29
2.7 Verksamhetsstatistik med kommentarer och analys	30
2.7.1 Vård inom länet	30
2.7.2 Tvångsvård	33
2.7.3 Vård utanför länet	34
2.7.4 Asylsökande	34
3 Målområde - Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer	35
3.1 Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer	35
4 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter	36
4.1 Uppföljning av förvaltningens mål	36
4.2 Statistikuttag för perioden 1 januari – 31 december 2015 (bilaga 3).....	38
4.3 Nyttjande av inhyrda respektive arvoderade läkare samt inhyrda sjuksköterskor avseende perioden 1 januari – 31 december 2015.....	38
4.4 Arbetsmiljö	39
4.5 Viktiga händelser inom personalområdet samt arbete med kostnadskontroll	39
5 Målområde - En stabil ekonomi för hållbar kostnadsutveckling.	40
5.1 Uppföljning av förvaltningens mål.....	40
5.2 Kontrollerbar investeringsprocess för verksamhetsmässig och ekonomisk nytta.....	42
5.3 Prognosförklaring	42
6 Övriga strategiska satsningar	43
6.1 Barn och ungas psykiska hälsa	43
6.2 Rehabiliteringsgarantin.....	43
6.3 Förbättringsarbeten utifrån kvalitetsdata ur Nationella kvalitetsregister.....	43
6.4 Projektredovisning.....	43
6.5 Kris- och katastrofberedskap.....	43
7 Analyser, slutsatser och framåtblick	44
7.1 Samlad analys av måloppfyllelse.....	44

7.2 Framåtblick – möjligheter och risker	46
8 Internkontroll.....	50
Bilaga 1 Kvalitetsindikatorer	51
Bilaga 2 Verksamhetsstatistik.....	67
Bilaga 3 Personalstatistik.....	72
Bilaga 4 Ekonomi FR1	75
Bilaga 5 Investeringsrapport FR7	76
Bilaga 6 Prognosavvikelse.....	77

1 Sammanfattning

Förvaltningen klarade hålla budget med ett nettoresultat på 407,6 mnkr vilket är 4,0 mnkr lägre än budget. Det positiva resultatet beror på stora intäkter i form av asylbidrag.

Den psykiska ohälsan ökar i samhället och tillströmningen av nya patienter till förvaltningen har varit hög under hela året (ca 15 nybesök varje vardag - en ökning med 0,5). Unga människor står för de allra flesta nybesöken och var tredje patient inom vuxenpsykiatri är en ung patient 20-29 år. Verksamheterna har arbetat med program för unga patienter med målsättningen att motverka behovet av insatser av den psykiatriska vården.

Vuxenpsykiatri har arbetat vidare med att tydliggöra de olika enheternas mål och uppdrag till följd av den stora organisationsförändringen som genomfördes för drygt ett år sedan. Speciell uppmärksamhet har riktats mot dagpsykiatri och beläggningen inom slutenvården. Antalet besök har fortsatt att öka och antalet vård dagar har minskat, helt i linje med förvaltningens satsningar på god tillgänglighet till öppna vårdformer och minskning av heldygnsvårdsplatser. Ökningen inom öppenvården har dock inte enbart berott på den genomförda förändringen av resurser från slutet till öppen vård utan det är tydligt att efterfrågan på både psykiatrisk vård och habilitering har ökat.

Trots högt arbetstryck med tung problematik, brist på läkare, psykologer och andra yrkeskategorier har en hög sjukvårdsproduktion uppnåtts, med god tillgänglighet där kömiljarden och vårdgarantin har klarats varje månad, låg andel tvångsåtgärder utifrån nationella mått samt god intern och extern samverkan. Situationen har dock varit svår för både patienter och medarbetare och speciellt under hösten har det stundtals varit platsbrist inom slutenvården.

Genomförd nationell patientenkät inom habiliteringen visar att patienterna har förtroende för verksamheten och är nöjda med bemötandet. Sammanfattningsvis kan sägas att förvaltningen redovisar en god måluppfyllelse där 13 mål har nåtts, 12 mål har delvis nåtts och 8 mål har inte nåtts för 2015. Sedan finns det 10 mål som inte berör förvaltningen.

Den stora flyktingströmmen till Sverige och Blekinge har gjort att antalet patienter till barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen har ökat mycket under året. Vuxenpsykiatri förväntas få en ökning av antalet patienter med behov av traumabehandling under de kommande åren.

Inom hela förvaltningen pågår ett generationskifte bland cheferna och flera nya avdelningschefer och verksamhetschefer har anställts och introducerats under året. Resultatet av genomförd medarbetarenkät visar att HME-index ökat jämfört med förra mätningen. Detta är mycket positivt och ett kvitto på en stabil och väl fungerande verksamhet trots chefsbyten inom flera verksamheter.

Förvaltningen har fortsatt arbetet med rekrytering av läkare och startat en läkarförsörjningsgrupp för att arbeta strategiskt med frågan. Förvaltningen har också medverkat i landstingsprojektet "Uppdrag på toppen av din kompetens" och SKLs projekt "Bättre läkarbemanning oberoende av hyrläkare" för att göra en handlingsplan för att förbättra läkarnas arbetsmiljö och anställningsvillkor. Under året har tre överläkare och 3 ST-läkare rekryterats. Detta är mycket positivt men tyvärr har flera läkare samtidigt avslutat sin anställning, beviljats föräldraledighet och deltidspension vilket gör att hyrläkarberoendet inte har kunnat minskas under året.

Tidigare neddragningar inom psykiatri och habiliteringen under flera år har resulterat i ett behov av hårdare prioriteringar. Blekingebornas behov av insatser har större volym än förvaltningen har personal och rätt kompetens för. Inför budgetarbetet 2016 äskade därför nämnden för psykiatri- och habilitering budgetförstärkning till en rad olika områden, totalt 12,7 mnkr för 2016. En mindre del av äskandet har tillgodosetts med extra medel till fördjupade psykiatriska utredningar till dietister för behandling av undernäring och ätstörning (totalt 2,5 mnkr 2016).

Konsekvenserna av den uteblivna budgetförstärkningen är att förvaltningen inte heller i fortsättningen kan leva upp till kraven inom vissa områden och att de anställdas arbetsmiljö inte alltid kan säkerställas. För att klara ökade volymer och nya patientgrupper med små eller inga resurstillskott måste psykiatri- och habiliteringsförvaltningen fortsätta att utveckla och effektivisera verksamheten med nytänkande kring organisation, utrednings- och behandlingsstrategier samt lokalisering av verksamheten.

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

2.1 Jämlik hälso- och sjukvård

Målområde: En god hälso- och sjukvård samt insatser för en bättre folkhälsa (LF)					
Jämlik vård (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Måluppfyllelse/utfall	Från
En hälso- och sjukvård som prioriterar de som har störst behov	Andelen medborgare som uppfattar att vården ges på lika villkor utifrån vårdbehov	Ska öka jämfört med år 2014		Målet gäller landstingsnivå	HSN
	Andelen i befolkningen som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra eller bra	Ska öka jämfört med år 2014		Målet gäller landstingsnivå	HSN
Landstinget erbjuder en hälso- och sjukvård och ett likvärdigt bemötande anpassat efter patientens behov oavsett bakgrund.	Andel patienter som uppger att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt (andel patienter som svarat ja). <i>Psyk/Hab målformulering – se nedan</i>	Ska öka jämfört med år 2014		<i>Psyk/Hab målformulering – se nedan</i>	HSN
	Uppnått målvärde för PUK (Patientupplevd Kvalitet) vid mätning av den nationella patientenkäten för habiliteringen	Uppnå lägst PUK-värde 85 för indikation Bemötande	Mätning resultat 2013: Vuxna: 84 Unga: 94	Resultat 2015: Vuxna: 90 Unga: 91	Psyk/Hab
	Antal identifierade områden där ojämlikhet råder inom vården	Minst två identifierade områden		Två områden identifierade	Psyk/Hab

Kommentar och analys

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.

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 psykiatrins verksamhet som ett led i att säkerställa att vården prioriterar de som har störst behov. I dag tas alla högt prioriterade patientgrupper emot inom psykiatrin och habiliteringen, det är gråzonerna som är det svåra. Den gällande prioriteringsordningen för vuxenpsykiatrin är:

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

Omsatt till psykiatrin 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. befällande röster som går i riktning mot suicid

- d) Psykiskt störda missbrukare
- e) 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

- a) 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 mot ett fortsatt 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 gränssnittsdocument mellan psykiatri och primärvården finns för att säkerställa att inga patienter hamnar ”mellan stolarna”. Dokumentet i sig innebär också en form av prioritering. Inom psykiatri tas alla prioriterade patientgrupper emot, även om resurserna ibland inte räcker till för att ge en del patienter med stora behov av hjälp så stora insatser som skulle önskas. Väntetiderna till ett första besök är korta inom psykiatri, däremot kan det ta längre tid att starta vissa fördjupade utredningar inom vuxenpsykiatri.

För habiliteringens del finns ett antal grupper som inte kan prioriteras inom nuvarande uppdrag eller resurser. Vuxenteamen har en växande patientgrupp och antalet patienter ökar för varje årskull som lämnar habiliteringens barnteam. Lägen särskiljer inte habilitering utifrån ålder och unga patienter har rätt till habilitering i ett helt livsperspektiv om behoven kvarstår. Personer med behov av stöd är även personer med grava språkstörningar, vilka det idag inte finns resurser för någonstans inom vården.

Den hårdnande arbetsmarknaden och hög ungdomsarbetslöshet märks tydligt bland förvaltningens patientgrupper med ökat stödbehov som följd. Resurser för fördjupade utredningar inom både psykiatri och habiliteringen är prioriterade, men har ett ytterst svårt rekryteringsläge.

2.1.2 Jämlig vård och bemötande oavsett patientens bakgrund

Ett professionellt och respektfullt bemötande av patienter och närstående är ett välkänt begrepp inom förvaltningen. Ett gott och likvärdigt bemötande oavsett patientens bakgrund är en självklarhet och förvaltningen har valt att bl.a. mäta detta genom resultatet i den Nationella Patientenkäten, där resultatet mäts med ett s.k. PUK-värde (Patientupplevd Kvalitet) vilket är ett värde som kan vara max 100. Det som mäts är ett antal indikatorer (en specifik fråga) inom olika områden.

Då det enbart är Habiliteringen som genomfört och fått resultat av sin patientenkät under år 2015 är det denna som ligger som grund för förvaltningens resultat. För habiliteringen var detta den andra gången de deltog i enkätundersökningen.

Årets mål om att uppnå lägst PUK 85 på indikatorn Bemötande uppnåddes inom habiliteringen för både vuxna (PUK 90) och barn/målsman (PUK 91). Habiliteringen arbetar mycket med att bemöta och ta emot patienterna utifrån de enskilda behoven och önskemålen. Varje patient ska mötas på sin nivå och vid besöken vid Habiliteringen ska patienten både få muntlig men även skriftlig information kring överenskommelser och erbjudanden från mötet med sig hem. I bemötandet är det också viktigt att på bästa sätt använda det kommunikationssätt som bäst passar den aktuella patienten.

Området Bemötande arbetas givetvis även med inom psykiatrin. Inom avdelning 21 och 28 finns en enkät där bl.a. bemötandet efterfrågas. Denna lämnas ut och besvaras av patienter och anhöriga under fastställda perioder höst och vår. Någon sammanställning är ännu inte klar.

2.1.3 Att identifiera områden där ojämlikhet råder

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.

Det första identifierade områden där ojämlikhet råder är Åtstörningar bland vuxna där antalet patienter under lång tid varit betydligt fler inom östra Blekinge än inom västra. Det är framförallt Karlskrona kommun som sticker ut betydligt mer än vad som kan förklaras av befolkningens storlek. Frågor om skillnader i diagnostik uppmärksammas idag på ett annat sätt och därmed kommer troligen 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. Skillnaden märks tydligt vad gäller utnyttjandet av de länsövergripande resurserna inom Åtstörningsenheten där majoriteten av besöken fortfarande kommer från patienter tillhöriga Vuxenpsykiatri Öst (75%). Det här är ändå en skillnad som jämnat ut sig en del under året. Andelen besök från patienter tillhöriga Vuxenpsykiatri Väst var i år 20% att jämföra med endast 11% föregående år.

Varje år mäts också ett antal kvalitetsindikatorer, som är framtagna inom förvaltningen. Ett område handlar om uppföljande besök efter avslutat vårdtillfälle inom slutenvården. Liksom inom den somatiska vården är det i psykiatrin viktigt med en trygg och säker hemgång för patienter vid utskrivning. Många patienter är sårbara precis efter en period inom slutenvården och för en del finns det stor risk för återinsjuknande. Det är då viktigt att de fångas upp inom öppenvården. Förvaltningen har ett speciellt mål kring uppföljning som beskrivs i bilaga 1. Målet delas inte upp på män och kvinnor, men om man tittar på könsfördelningen så ser man tydligt att det är betydligt vanligare att kvinnor får ett uppföljande besök inom 4 veckor än att män får det (71% för kvinnor och 60% för män). Fler män än kvinnor skrivs också in igen utan att ha träffat öppenvården.

Båda de här områdena är verksamheterna väl medvetna om och arbetar för att hitta orsaker till varför det ser ut som det gör.

Som ett 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, åtstörningar, affektiva sjukdomar inkl ECT, demenssjukdomar, behandling av missbruk och beroende samt sexologi finns tillgängliga på intranätet.

2.1.4 Samverkan

Både psykiatrin 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.

Både Vuxenpsykiatri Öst och Vuxenpsykiatri Väst är aktiva i projektet Kultur och Hälsa som är en del av ett större paraplyprojekt på Blekinge Kompetenscentrum. Det är ett utvecklings- och samverkansprojekt mellan kommun, landsting, brukarrörelse och forskning. Syftet är att skapa förutsättning för återhämtning och livsstilsförändring för personer med psykisk funktionsnedsättning. Projektet har implementerats i verksamheterna under 2015 och avslutades i december. Slutlig sammanställning av forskningen kommer att redovisas 2016.

Samverkansprocessen med primärvården har under ett par års tid varit inne i en utvecklingsprocess. Det finns idag ett samverkansavtal, så kallat gränssnittedokument, 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. Psykiatriens och primärvårdens arbete med psykiatriska problem är kommuniserande kärn och ett komplext område då mängden patienter med psykiatriskt hjälpbehov och krisproblematik är ofattbart stort, vilket gör att både primärvården och psykiatrien med stor eftertanke måste organisera både sitt samarbete och sina särskilda uppdrag. Vuxenpsykiatri Väst och Primärvården i de tre västliga kommunerna har under hösten bildat en gemensam arbetsgrupp med namnet ”En väg in” för att undersöka möjligheterna att arbeta närmre varandra när det gäller psykisk ohälsa, rådgivning och bedömning.

BRO-byggarna är ett nätverk som vuxit sig starkt i Karlskrona kommun där alla instanser (Navigatorcentrum, socialförvaltningen, kommunpsykiatri, ungdomsmottagningen, kyrkan, arbetsförmedlingen, försäkringskassan m.fl.) som arbetar mot unga vuxna samlas en gång per termin för att uppdatera varandra och samordna insatser för unga kommuninvånare.

Samverkan är en förutsättning för att patienterna inte ska ”falla mellan stolarna” samt att vårdgivarna får kunskap och förståelse för varandra insatser. Detta är lika viktigt inom förvaltningen som med andra vårdgivare och har hög prioritet.

Länsgemensam Psykiatri har hela länet som upptagningsområde och detta ställer särskilda krav på samverkan både inom och utanför förvaltningen. En arbetsgrupp träffas regelbundet kring de särskilda förhållanden som gäller vid akutvård, där även den somatiska akuten och ambulansen deltar.

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 gränssnittedokument 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. Detta kan på sikt minska den framtida psykiska ohälsan och förbättra barnens och ungdomarnas skolresultat.

För Habiliteringen gäller att flera barn och familjer är i en livssituation med multipel problematik som kräver samverkan med vårdgrannar som t.ex. barnklinik, BUP, ögonklinik/syncentral, hörselvården m.fl. Andra samverkansaktörer är skola/förskola, Social- och omsorgsförvaltningar,

Migrationsverket m.m. Sammantaget krävs mer tid för arbete tillsammans med patienternas nätverk för att skapa ett gott omhändertagande.

Sedan länge har Habiliteringen också en etablerad samverkan med andra habiliteringar i regionen. Genom åren har gemensamma introduktionsutbildningar, föreläsningss dagar, yrkesspecifika möten med utbildningsinslag m.m. genomförts.

Både psykiatrin 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.

2.2 En bättre folkhälsa ska avspeglas i en ökad jämlik hälsa

En bättre folkhälsa ska avspeglas i en ökad jämlik hälsa (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
Landstinget har en välfungerande intern samverkan kring det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Landstinget är även drivande i arbetet med att utveckla en väl fungerande läns gemensam samverkan för Blekingebornas hälsa.	Särskilt uppdrag 2015: Landstinget ska under 2015 ta initiativ till och påbörja ny alternativt förstärka befintlig samverkan kring minst två av de politiska målen i folkhälsopolicyn och där minst tre av länets fem kommuner medverkar. Besvaras med ja eller nej			Målet gäller landstingsnivå	HSN
Ett systematiskt sjukdomsförebyggande arbete i enlighet med de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder	Andel patienter i åldern 18-74 år som besökt vården och som har tillfrågats om en eller flera av levnadsvanorna tobaksbruk, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och mat. Detta skall ha dokumenterats enligt de nya sökorden under "levnadsvanor" i journalsystemet. <i>Psyk/Hab målformulering – se nedan</i>	Ska öka jämfört med år 2014		<i>Psyk/Hab målformulering – se nedan</i>	HSN
	Andel patienter som i patientmötet diskuterar frågor som rör sambandet mellan patientens hälsa och levnadsvanor.	Ska öka. Gäller patienter som har ett nybesök under året.	6%	13,2%	Psyk/Hab
	Andel i befolkningen som är positiva till att läkare eller annan vårdpersonal vid besök diskuterar levnadsvanor, t.ex. kost, alkohol, rökning och motion.	Ska öka jämfört med år 2014		Målet gäller landstingsnivå	HSN

Kommentar och analys

I både psykiatris 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.

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.

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. 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.

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ges bl.a. rekommendationer om hur hälso- och sjukvården genom särskilda metoder kan stödja patienter att förändra en ohälsosam levnadsvana. I det vardagliga patientarbetet ingår samtal kring levnadsvanor, livsstil, identifiering av risker och motivationsarbete. Den här typen av hälsosamtal har i princip genomförts under en lång tid, även om det nu blivit mer fokus på innehållet i själva samtalet. Vid samtalet om levnadsvanor, som sker integrerat vid besöket eller i samband med upprättandet av behandlingsplan inom psykiatri respektive rehabiliteringsplan inom rehabiliteringen, tas frågor upp som rör sambandet mellan patientens hälsa och levnadsvanor.

Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam vana. I en utvärdering lyfter Socialstyrelsen fram ett flertal förbättringsområden. Ett av dem är att personer med psykisk sjukdom särskilt behöver uppmärksammas.

Mot bakgrund av detta följs patienter med psykosjukdomar upp extra noga när det gäller vikt, blocktryck och blodsockerkontroller enligt kvalitetsregister och nationella riktlinjer. Hälsoprogram med bl.a. somatisk hälsoundersökning för denna grupp har under året startat på avdelning 21:s dagpsykiatri.

Även för enheter som t.ex. Åtstörningsenheten blir dessa frågor mycket avgörande för behandlingen. Matvanor, fysisk aktivitet samt olika riskbeteenden lyfts och är integrerade i behandlingen. Patienterna får skriva matdagböcker och får matscheman som är utformade av dietister. I behandlingen ges både individuella samtal och samtal i grupp kring sunda levnadsvanor och effekter av ohälsosamt förhållningssätt till mat. Målet blir att hjälpa patienterna att ta till sig förändringar som leder till tillfrisknande och hälsosamma levnadsvanor.

Under året har det blivit allt mer fokus på levnadsvanor och inom förvaltningen betonas vikten av att genomföra samtal om levnadsvanor och detta lyfts också kontinuerligt på interna konferenser och vid medarbetarsamtal. Inom vuxenpsykiatrien går levnadsvanorna som en röd tråd i den psykiatriska behandlingen vid mötet med patienterna. Detta är extra viktigt eftersom psykisk ohälsa och dåliga levnadsvanor ofta har ett samband.

Även inom barnpsykiatrien finns en målsättning att tidigt i kontakten med nya patienter diskutera levnadsvanor. Habiliteringen har tagit fram ett eget material som är anpassat till patientgruppen och som ska ge stöd för att kunna ge enklare råd om levnadsvanor. Inom ramen för kartläggning av patientens hälsa ingår kost, aktivitet, personlig vård och struktur för rutiner i vardagen, som i ett livsperspektiv gynnar patienten att ta aktiv del i sin hälsa och behandling. Arbetet på Habiliteringen utgår alltid från patientens egen motivation och hur denna kan stimuleras. Utifrån patientens livssituation ges också specifika hälsoråd.

Under år 2015 har förvaltningen arbetat vidare med målet om samtal kring levnadsvanor. Målet gäller nya patienter under året. Under år 2014 var resultatet att blygsamma 6% av alla nya patienter fått ett (registrerat) samtal om levnadsvanor. Och just registrerat var troligtvis den stora stötestenen, då det högst sannolikt var betydligt fler patienter som fick ett sådant samtal. Arbetet under år 2015 har därför inriktat sig på dels att få samtal om levnadsvanor som ett naturligt inslag vid möten med patienter och dels att medarbetarna ska registrera dem så att de går att följa upp. Resultatet blev att 13,2% av alla nya patienter har fått ett registrerat samtal om levnadsvanor. Spannet mellan basenheterna är stort; från 5% till 20,4%. Målet för år 2015 att öka antalet samtal om levnadsvanor är därmed nått.

I samband med att målet följdes upp har också det totala antalet samtal om levnadsvanor följts upp gällande alla patienter – nya som gamla – med minst 3 besök. Här var antalet samtal om levnadsvanor betydligt större – 17,7% med toppnoteringar för enskilda enheter kring 35-45%.

Det finns också dock 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 psykiatriens och habiliteringens patienter som önskar denna typ av hjälp i de fall då förvaltningen själva inte har tillräcklig kompetens inom området.

2.3 Patientens och invånares förtroende och medverkan

2.3.1 Förtroende och patientmedverkan

Patientens och medborgarens förtroende och medverkan (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
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.	Andelen i befolkningen som uppger att de har ganska stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i Landstinget Blekinge <i>Psyk/ Hab målformulering – se nedan</i>	Ska öka jämfört med år 2014		<i>Psyk/ Hab målformulering – se nedan</i>	HSN
	Uppnått målvärde för PUK (Patientupplevd Kvalitet) vid mätning av den nationella patientenkäten	För indikatorn Förtroende: 75 Gäller vuxna och barn	Mätning resultat 2013: Vuxna: 85 Unga: 81	Resultat 2015: Vuxna 79 Barn 84	Psyk/Hab
	Andelen patienter som värderar sin vård/ behandling som bra, mycket bra eller utmärkt <i>Psyk/ Hab målformulering – se nedan</i>	Ska öka jämfört med år 2014		<i>Psyk/ Hab målformulering – se nedan</i>	HSN
	Uppnått målvärde för PUK (Patientupplevd kvalitet) vid mätning av den nationella patientenkäten	För indikatorn Upplevd Nyttä: 75 Samt att resultatet på frågan om hur den enskilda patienten tycker som helhet om behandling/ insats, ska öka sedan föregående mätning. Gäller både vuxna och barn	Mätning resultat 2013: Upplevd Nyttä: Vuxna: 67 Unga: 81 Värdering behandling: Vuxna: 58 Unga: 63	Resultat 2015: Vuxna 65 Unga 59 Enskild fråga om helheten: Vuxna 60 (+2) Unga: 58 (-5)	Psyk/Hab
	Andelen patienter som känner delaktighet i beslut om vård och behandling i den omfattning de önskar <i>Psyk/ Hab målformulering – se nedan</i>	Ska öka		<i>Psyk/ Hab målformulering – se nedan</i>	HSN
	Uppnått målvärde för PUK (Patientupplevd Kvalitet) vid mätning av den nationella patientenkäten	För indikatorn Delaktighet: 75 Gäller vuxna och barn	Mätning resultat 2013: Vuxna: 72 Unga: 67	Resultat 2015: Vuxna: 65 Unga: 67	Psyk/Hab
	Andelen patienter som anser sig ha fått tillräcklig information om sitt tillstånd av sin vårdgivare <i>Psyk/ Hab målformulering – se nedan</i>	Ska öka		<i>Psyk/ Hab målformulering – se nedan</i>	HSN
	Uppnått målvärde för PUK (Patientupplevd Kvalitet) vid mätning av den nationella patientenkäten	För indikatorn Information: 70 Gäller vuxna och barn	Mätning resultat 2013: Vuxna: 67 Unga: 73	Resultat 2015: Vuxna 72 Unga: 67	Psyk/Hab
	Andelen patienter inom psykiatriens öppenvård som har en upprättad behandlingsplan respektive patienter inom habiliteringen som har en upprättad habiliteringsplan	Mål: 80%. Gäller patienter som har tre besök eller mer under året.	Psyk: 23% Hab: 70%	Psyk: 47,1% HAB: 82%	Psyk/Hab

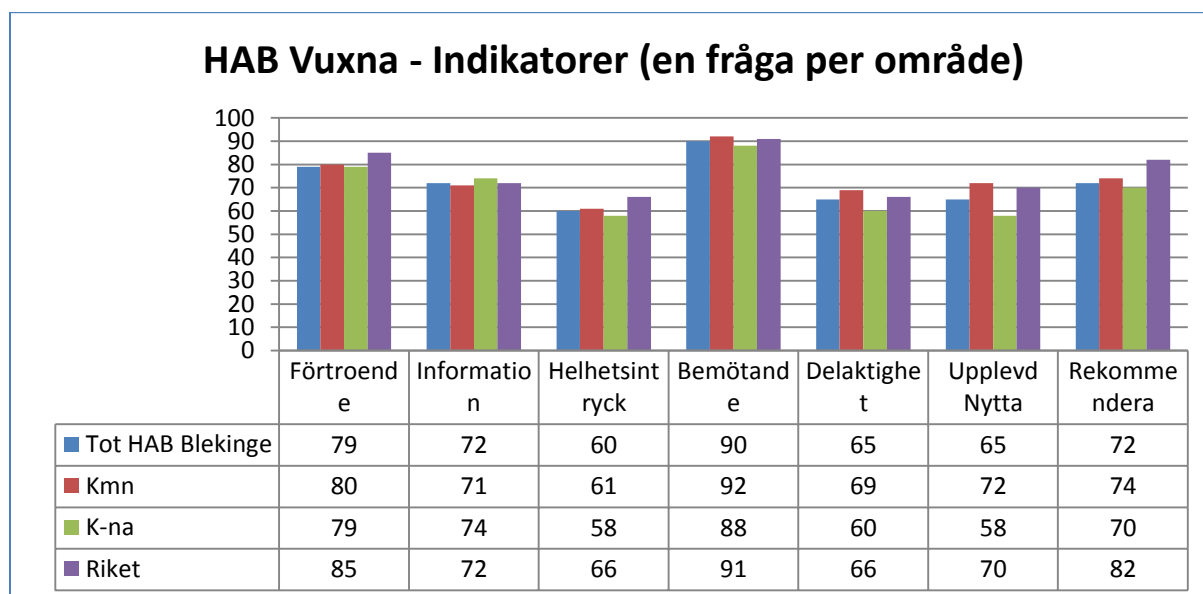
Kommentar och analys

Att mäta förtroende och patientmedverkan har gjorts via den Nationella Patientenkäten. Resultatet i år kommer från den enkät som Habiliteringens patienter har besvarat. Ingen annan enkät har genomförts för förvaltningens patientgrupper under året. För beskrivning av Nationella Patientenkäten, se avsnitt 2.1.2.

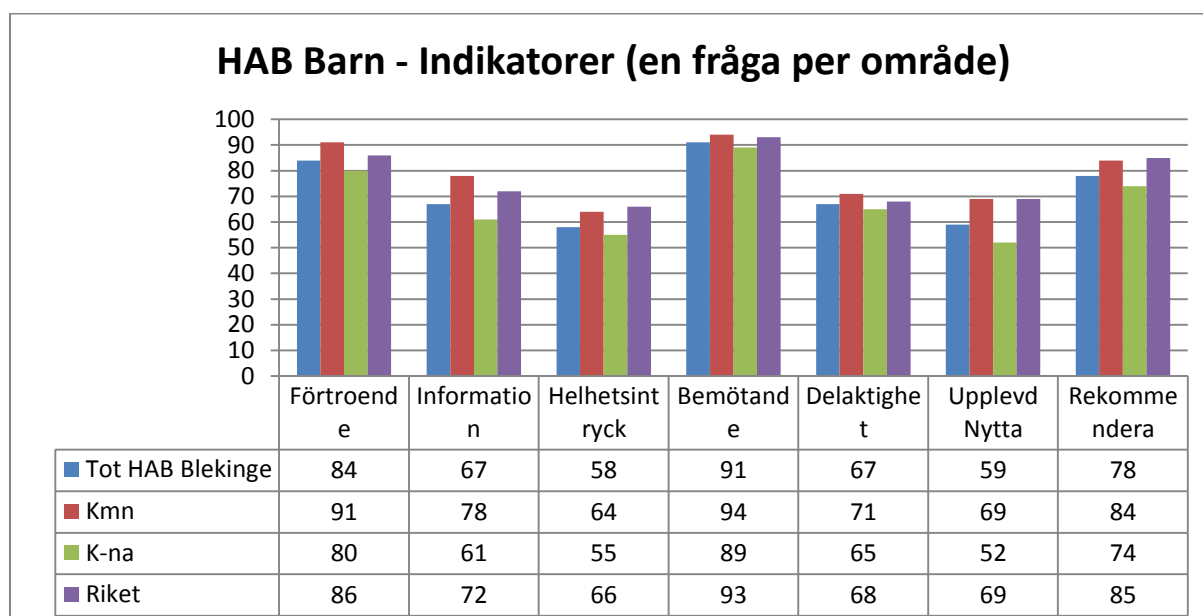
Under slutet av 2014 deltog Habiliteringsmottagningarna i Karlskrona och Karlshamn i en enkät som genomfördes på samma sätt som den nationella patientenkäten. Deltagandet var däremot inte obligatoriskt, vilket gjorde att enkäten inte kan betraktas som nationell utan mer som en så kallad extramätning, då endast ett fåtal habiliteringsmottagningar i landet deltog. Resultatet kom under 2015, varför resultatet redovisas här.

Enkäten gick ut till dels barn/målsman och dels till vuxna. Förutom Blekinge deltog Stockholm och Västmanland i mätningen.

Resultatet för vuxna är att indikatorn för Information ligger i samma nivå som det totala medelvärdet, medan övriga indikatorer ligger något under medel. Enskilda frågor med högst betyg handlar om bemötande och att man får svar som man förstår.



Resultatet för barn/målsman visar ett liknande scenario som vuxna. Frågor med högst betyg är inom samma områden som för vuxna.



När frågorna grupperas är det för både vuxna och barn/målsman frågor kring personalen som får det högsta betyget. Områden som information, delaktighet och upplevd nytta ligger nära varandra vad gäller behov av att få individuell information. Inom habiliteringen har teamen som mål att

varje patient ska få med sig hem en kort skriftlig sammanfattning av varje besök, vilket är ett led i arbetet med att skapa större delaktighet och upplevd nytta av de insatser som ges.

Förvaltningens mål som är kopplade till den Nationella Patientenkäten är:

Mål:	Resultat:
Förtroende – lägst 75.	Målet är nått för både vuxna och barn/målsman (79 respektive 84).
Upplevd Nyttan – lägst 75.	Målet nås varken för vuxna eller barn/målsman (65 respektive 59)
Delaktighet – lägst 75.	Målet nås varken för vuxna eller barn/målsman (65 respektive 67)
Information – lägst 70.	Målet nås för vuxna men inte för barn/målsman (72 respektive 67)

Beträffande målet om att PUK-värdet för frågan om hur den enskilda patienten värderar sin vård/ behandling ska ha ökat sedan föregående mätning, så nåddes målet för vuxna men inte för barn/målsman:

- Vuxna: År 2013: 58, År 2015: 60
- Barn: År 2013: 63, År 2015: 58

Patienter och anhöriga ska vara trygga och delaktiga i vården. Att ha befolkningens förtroende och ha en hög patientnöjdhet är en av Habiliteringens målsättningar. Årets resultat på patientenkäten visar både positiva och negativa resultat. Speciellt de områden med negativt resultat kommer att ägnas mer tid under nästkommande år - finns med i handlingsplanen för 2016.

2.3.2 Delaktighet - Behandlings-/habiliteringsplan

Patienter och anhöriga ska vara trygga och delaktiga i vården och vara utformad så att det förs en kontinuerlig dialog omkring kvaliteten i behandlingsalliansen med patienten. Verksamheten har sedan många år tydligt pekat ut den goda samarbetsrelationen med patienten som basen för kvalitet i alla olika delar av behandlingen och följer denna både i vardagsarbetet och med hjälp av annan uppföljning. Utbildning i skapandet och utvecklandet av ett välfungerande samarbete med patienten pågår kontinuerligt.

Resultatet från 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. Målsättningen är att alla patienter med minst tre besök ska ha en individuellt upprättad behandlingsplan. Planen ska upprättas i samverkan med patient. Även anhöriga kan involveras i arbetet om patienten så medger, även om det finns tillstånd då delaktighet och medverkan främst får riktas till anhöriga, t.ex. vid svår demens. Inom barn- och ungdomspsykiatri är det av naturliga skäl mer vanligt att involvera anhöriga i behandlingsplanen. Habiliteringen har erbjudit sina patienter en habiliteringsplan sedan mitten av 90-talet. Det finns rutiner för mottagande av nya patienter med grundläggande information, uppföljning av eventuell diagnosutredning samt en habiliteringsplan som grund för fortsatt kontakt.

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. Sedan två år tillbaka följer förvaltningen upp antalet behandlings-/habiliteringsplaner för patienter med tre besök eller fler under året. Detta sker via registrerad KVÅ-kod. Trots omfattande information och framtagna rutiner fungerar detta fortfarande inte fullt ut. Det kan konstateras att psykiatrin under år 2016 hade totalt 47,1% rätt registrerade behandlingsplaner respektive 82% habiliteringsplaner. Vid manuell kontroll visar det sig fortfarande att det finns betydligt fler upprättade planer.

Målet är därmed nått för habiliteringen men inte för psykiatrin. Trots att målet för psykiatrin inte är nått har det skett en avsevärd förbättring sedan föregående år då antalet registrerade behandlingsplaner var 23%. Habiliteringen har ökat från 70% till 82%. Fortsatt arbete med behandlings- och habiliteringsplaner finns med i förvaltningens handlingsplan för år 2016.

2.4 Tillgänglig hälso- och sjukvård

Tillgänglig hälso- och sjukvård (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
God tillgänglighet till vård, behandling och information för patienter och medborgare	Andel i befolkningen som instämmer helt/delvis i att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver	Ska öka jämfört med år 2014		Målet gäller landstingsnivå	HSN
	Andel besök och behandlingar som sker inom 60 dagar exkl. självvald väntan <i>Psyk/Hab målformulering – se nedan</i>	Samtliga exkl. självvald väntan		<i>Psyk/Hab målformulering – se nedan</i>	HSN
	Andel patienter som har erbjudits ett första besök inom 7 dagar respektive 30 dagar. Gäller vuxenpsykiatrins mottagningar.	30% inom 7 dagar, 100% inom 30 dagar. Exkl. pvv	VUP Ö: 30% / 86% VUP V: 26% / 81% LGP: 9% / 54%	VUP Öst: 7 d: 44%, 30 d: 87% VUP Väst: 7 d: 28%, 30 d: 82% LGP: 7 d: 3%, 30 d: 53%	Psyk/Hab
	Andel patienter som har erbjudits ett första besök inom 30 dagar. Gäller BUP:s mottagningar	100%. Exkl. pvv	88% inkl. MHV/BHV, 93% exkl.	88% inkl. MHV/BHV 93,2% exkl. MHV/BHV	Psyk/Hab
	Andel patienter som har erbjudits ett första besök inom 30 dagar samt andel patienter där vårdgarantin uppfylls. Gäller HAB:s mottagningar	40% inom 30 dagar samt 100% inom vårdgaranti. Exkl pvv.	29% / 95%	30 d: 36% 90 d: 94%	Psyk/Hab
	Andel patienter som har erbjudits start av beslutad fördjupad utredning (NP-utredning) inom 30 dagar (nationell garanti). Gäller BUP och HAB	100%. Exkl pvv	95%	Klarat gränsen i det nationella målet – 94%	Psyk/Hab
	Andel invånare i Blekinge som är anslutna till Mina eHälsotjänster	Ska öka jämfört med år 2014		Målet gäller landstingsnivå	HSN
	Andelen i befolkningen som känner till 1177 Vårdguiden (andel som svarat ja)	Kännedom om 1177 (webb samt telefoni) ska öka årligen med 5%		Målet gäller landstingsnivå	HSN

Kommentar och analys

God medicinsk säkerhet, tillgänglighet samt att ha patienten i centrum är viktiga beståndsdelar i en god vård. Tillgänglighet är ett viktigt område då det är en av förutsättningarna för att åstadkomma trygghet i vården. Samtliga prioriterade patientgrupper kan tas emot idag, även om tillflödet av nysökande kräver noggranna rutiner för att inte väntetiderna ska bli för långa. Akuta patienter tas alltid emot utan väntan.

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.

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. slutna 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.

Alla mottagningar inom vuxenpsykiatri klarar vårdgarantins gräns för i stort sett samtliga nybesök. Här får 99,5% av alla nysökande ett besök inom 90 dagar om de inte själva valt att vänta. Inom länsgemensam psykiatri är det något längre väntetider; 90% får ett nybesök inom 90 dagar.

Habiliteringen har fortsatt sitt arbete gällande tillgängligheten och under 2015 har 94% av nybesöken en faktisk väntetid understigande 90 dagar, exklusive patientvald väntan, vilket i och för sig är en liten försämring sedan föregående år. Däremot har 36% av patienterna fått en tid inom 30 dagar, att jämföra med 29% år 2014. Habiliteringen når därmed inte det interna målet om att minst 40% av nybesöken ska ske inom 30 dagar, även om årets resultat är en avsevärd ökning jämfört med föregående år. Teamen arbetar gemensamt för att ta emot nya remisser så snart som möjligt och ambitionen är hög för att följa vårdgarantin. Inom Habiliteringens målgrupp finns personer som inte kan företräda sig själva och där ett första besök behöver förberedas med en mängd olika kontakter för att besöket ska bli ändamålsenligt för patienten. Detta hinns oftast inte med inom 30 dagar. Kontakterna med Habiliteringen är oftast mycket långvariga och det är inte akuta behov man söker för. Arbetet med att uppfylla vårdgarantin för nya patienter, medför att svårt sjuka patienter som ständigt är aktuella på Habiliteringen och i stort behov av insatser ofta får vänta längre på sitt nästa återbesök.

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 ungdomspsykiatriens mottagningar får 99,5% ett nybesök inom 90 dagar och 88% inom 30 dagar. I dessa siffror ingår även nybesök till Mödra- och barnhälsovårdspsykologerna (MHV/BHV) som inte ingår i det nationella målet om nybesök inom 30 dagar. Andelen besök inom 30 dagar exklusive MHV/BHV är 93,2%. Samtliga uppgifter är exklusive patientvald väntan.

Ett problem med att uppnå målen om väntetider är de ibland långa ledtiderna (dvs tiden mellan att en remiss skrivs och att den kommer till tänkt vårdgivare). Om man räknar bort ledtiderna så förbättras väntetiderna med ett par procent, speciellt väntetiden inom 30 dagar.

Kravet om max 30 dagars väntan, gäller även 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. I det nationella målet om väntetid till fördjupad utredning gäller att minst 80% av ärendena ska påbörjas senast

30 dagar efter beslut. Detta klarar förvaltningen. Däremot klaras inte fullt ut det egna interna målet – som är mycket högt satt – om 100% exkl. patientvald väntan.

Den alltmer ökande efterfrågan på diagnosutredningar inom habiliteringen medför en hård prioritering. Alla patienter kommer till ett bedömningsbesök inom vårdgarantins ramar och därefter för en bedömning och tas ett beslut om utredning ska genomföras. Teamen har noterat att väntetiden efter diagnossamtal kan vara lång för mottagande i teamet. Frågan har lyfts med förslag på tidigare och parallella insatser i habiliteringsteamet trots att processen för utlåtande och skolinformation ej avslutats i utredningsteamet. Detta har dock inte kunnat genomföras på grund av resursbrist.

Därmed kan man i princip säga att hela förvaltningen klarar de nationella tillgänglighetskraven, även om man inte fullt ut klarar de egna – högre satta – målen fullt ut.

Faktisk väntetid – d.v.s. genomfört nybesök under år 2015. EXKL patientvald väntan			
	Max 7 dgr %	Max 30 dgr %	Max 90 dgr %
VUP Öst	44%	87%	99,5%
VUP Väst	28%	82%	99,5%
LGP	3%	53%	90%
BUP	16%	88%*)	99,5%
Totalt psykiatri	25%	83%	98%
Hab	1%	36%	94%
Totalt Hab	1%	36%	94%
Totalt förv	23%	78%	98%

*) 93,2% exkl MHV/BHV som inte har det nationellt satta kravet på nybesök inom 30 dagar

2.5 Ändamålsenlig och säker vård

2.5.1 Patientsäker vård

Ändamålsenlig och säker vård (Patientsäker vård) (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
Landstinget ska uppfylla nationellt ställda krav inom patientsäkerhet samt följa lag och forskrifter	Mått i enlighet med nationellt ställda krav kring patientsäkerhet	Mått i enlighet med nationellt ställda krav kring patientsäkerhet ska uppfyllas, se nedan		Ingen uppföljning möjlig på förvaltningsnivå	HSN samt Psyk/Hab
Landstinget ska ha en god följsamhet till basala hygienrutiner och andelenska öka årligen	Andelen observationer med korrekta basala hygienrutiner och klädregler	Ska öka jämfört med år 2014	2014: BHK 33%	34%	HSN samt Psyk/Hab
Landstinget ska årligen minska andelen vårdrelaterade infektioner	Andel vårdrelaterade infektioner	Ska minska jämfört med år 2014	0%	0%	HSN samt Psyk/Hab

Kommentarer och analys

Patientsäkerhetsarbetet är viktigt inom vården. Om det brister kan det leda till allvarliga konsekvenser för både patienter och personal. Enligt Socialstyrelsen har så många som 9% av alla som vårdas inom slutenvård en vårdrelaterad infektion. Inriktningen är att gradvis minska antalet vårdskador, alltså sådana skador som hade kunnat undvikas. Även om inte antalet infektioner som uppstår i samband med vård och behandling är särskilt stort inom förvaltningen, är detta ett område som inte förbises. Arbetet sker företrädesvis genom att följa landstingets basala hygienrutiner och förvaltningens egna godkända klädregler.

Psykiatrin deltar i de landstingsövergripande mätningarna inom området basala hygien- och klädregler, med något varierande resultat. De allra flesta medarbetare använder numera arbetskläder i heldygnsvården. De som använder privata kläder ska följa psykiatrins regler som tagits fram i samarbete med hygiensköterskorna. Hygienombuden har en viktig uppgift att kontinuerligt föra diskussion kring detta. Det totala resultatet är 34% för BHK med högsta noteringen om 58% för klädregler. Förvaltningens mål är att resultatet ska öka från år 2014 och totalt sett har värdet för BHK ökat med 1% (från 33% år 2014 till 34% år 2015) så därmed har förvaltningen nått målet.

Inga vårdrelaterade infektioner eller trycksår har framkommit vid de mätningar som avdelningarna deltagit i. Habiliteringen är inte med i uppföljningarna avseende basala hygien- och klädregler men har lokala rutiner som upprättats i samråd med hygiensköterskorna.

Patientsäkerhetsdialog har genomförts i verksamheterna och samtliga slutenvårdsavdelningar har deltagit i ett utvecklingsarbete där markörer testats för att användas inom psykiatrin vid markörbaserad journalgranskning.

Patientsäkerhet inom psykiatrin och habiliteringen handlar framför allt om ett tillräckligt stort omhändertagande av patienter, om rätt sorts behandling och rätt medicin i förekommande fall. För BUP och Habiliteringen tillkommer även att ta hänsyn till föräldrar och föräldrars förmåga. Därmed ser förvaltningens fokus lite annorlunda ut än inom den somatiska vården.

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 har arbetats med under år 2015. Resultat därifrån kommer att redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen som är klar i mars 2016.

2.5.2 God vård genom väl fungerande processer

Ändamålsenlig och säker vård (God vård genom väl fungerande processer) (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/Uppföljning	Från
Väl fungerande vårdprocesser för <ul style="list-style-type: none"> patienter med långvarig benign smärta patienter som drabbats av stroke 	Särskilda uppdrag 2015: Under året ska processledare tillsättas för minst två etablerade vårdprocesser Besvaras med ja eller nej Under 2015 ska kartläggning av ytterligare minst två processer inom rehabilitering påbörjas			Målet gäller landstingsnivå	HSN
Sammanhållen vård och omsorg för äldre. Arbetet bedrivs enligt de åtgärder som Handlingsplan för sammanhållen vård och omsorg 2014 anger.	Andel förvaltningar som arbetar in aktiviteter i verkställighetsplanerna enligt handlingsplanen för sammanhållen vård och omsorg <i>Psyk/Hab målformulering – se nedan</i>	Samtliga förvaltningar ska ha arbetat in aktiviteter i verkställighetsplanen		<i>Psyk/Hab målformulering – se nedan</i>	HSN
	Andel vårdtillfällen för äldre (65 år och äldre) som följs av en återinskrivning inom den psykiatriska heldygnsvården inom 30 dagar.	Max 10%	År 2014: 20%	År 2015: 17%	Psyk/Hab

Kommentar och analys

För att uppnå effektivitet i vården krävs vård på rätt nivå. Detta innebär ett brett samarbete inom förvaltningen och mellan psykiatri/habiliteringen och dess samverkanspartners. Samarbete mellan Landstinget Blekinges förvaltningar och externt mot andra vårdgivare är av yttersta vikt för att använda samhällets resurser på bästa sätt och möta framtidens behov av hälso- och sjukvård. För att en samverkan ska fungera väl krävs en tydlighet i vem som gör vad samt att arbeta för att skapa en obruten vårdkedja för att förhindra att patienter ”hamnar mellan två stolar”.

En av aktiviteterna i handlingsplanen för sammanhållen vård och omsorg gäller antalet återinskrivningar för äldre patienter. Antalet äldre (66 år äldre) patienter inom psykiatrisk slutenvård är inte särskilt högt. Endast ca 11% av alla avslutade vårdtillfällen passar in på det kriteriet. Av de vårdtillfällen som avslutades år 2015 ledde 17% till en ny inskrivning inom en månad att jämföra med 20% för år 2014. Man måste dock ha i åtanke att antalet som slutar i en återinskrivning inom en månad kan förändras för de patienter som skrevs ut i mitten/slutet av december 2015.

Förvaltningens mål om att max 10% inom patientgruppen ska skrivas in igen inom en månad har därmed inte nåtts.

2.5.3 Ändamålsenlig hälso- och sjukvård genom systematiska förbättringar

Ändamålsenlig och säker vård (Systematiska förbättringar) (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
Direkt patientarbete	Vårdpersonalens arbetade tid i förhållande till tid för direkt patientarbete	Minst 50% direkt patientarbete inom vuxenpsykiatri, 35% inom BUP och 33% inom HAB	Mätn 1 2014: VUP mott: 24-33% VUP mv: 34-46% LGP: 23-32% BUP: 23-31% HAB: 21-27%	Mätn 2 2015: Vup 40% Bup 29% Hab 21%	Psyk/Hab
Kvalitetsarbete	Resultat för förvaltningens kvalitetsindikatorer: o antal vårdprogram o uppföljning enligt vårdprogram o besök i öppen vård efter avslutad slutenvård o patientupplevelse o minskat antal uteblivanden o få återinskrivningar o få återinskrivningar för specifika diagnoser o jämlik vård	Samtliga mått ska uppnås	Resultatet i Kvalitetsindikatorer 2014	För en detaljerad redovisning av mål och resultat, se bilaga	Psyk/Hab
	Andel patienter som har fått eller blivit erbjudna ett uppföljande samtal senast 4 dagar efter vidtagen tvångsätgard	Minst 90%	31% vid registrerade samtal	60% vid registrerade samtal	Psyk/Hab
	Andel av nyinskrivna patienters anhöriga som kontaktas inom ett dygn, med patientens medgivande	Minst 90%	53%	52%	Psyk/Hab

2.5.4 Direkt patienttid

Direkt patientarbete

För att uppnå högt ställda krav på kvalitet i verksamheten samt att möta upp kravet på en förstärkning av den öppna vården då antalet slutenvårdsplatser minskat, startade förvaltningen år 2011 ett arbete med produktionsplanering. Det interna målet är satt till att minst 50% av öppenvårdspersonalens inom vuxenpsykiatri arbetstid ska gå till direkt patientarbete. För barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen är målet 35% respektive 33%. Under våren provades en annan mätmetod som istället för uttag via Blues bestod i att under en vecka redovisar den enskilde medarbetaren själv vilket arbete som utförs via en mall (som utarbetats av psykiatri i Stockholm i samarbete med Socialstyrelsen).

Resultatet efter höstens mätning är att vuxenpsykiatri har 40% direkt patienttid, barn och ungdomspsykiatri har 29% direkt patienttid och habiliteringen har 21% direkt patienttid. Inom vuxenpsykiatri varierar resultatet mellan de olika basenheterna där Vuxenpsykiatri öst har kommit närmast med en direkt patienttid på 47%. Förutsättningen att få hög direkt patienttid varierar beroende på vilken typ av verksamhet som bedrivs, mellanvården med längre perioder av gruppverksamhet har större andel direkt patienttid medan utredningsarbete innebär en större andel indirekt patienttid. Förvaltningen kommer fortsätta arbetet med mätningarna under 2016.

Den stora andelen tid som inte är direkt patienttid är kopplad till att en hel del av behandlingsarbetet görs genom indirekta insatser i form av administration, samarbete, intygsskrivning etc. Målsättningen kvarstår och bedöms fortsatt som mycket viktig för att uppnå förbättrad kvalitet.

2.5.5 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.

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 1. Det mer detaljerade resultatet kommer, liksom tidigare, i separat rapport. Exempel på förbättrings-/utvecklingsområden som ingår i detta pågående kvalitetsarbete:

- Vård enligt vårdprogram
- Uppföljning efter avslutad slutenvård
- Patientupplevelse
- Minskat antal uteblivanden
- Minskat antal återinskrivningar
- Jämlig vård
- Vård i rätt tid

Uppföljningen av kvalitetsindikatorerna sker främst till årsbokslutet, medan arbetet givetvis pågår hela tiden. Bl.a. har rutiner tagits fram för att se till att patienter som skrivs ut från heldygnsvården har ett bokat besök med öppenvården klart redan vid utskrivningen, företrädesvis inom 7 dagar. Detta fungerar inte helt och fullt ännu, bl.a. när patienter skriver ut sig själva eller kanske inte vill ha något besök.

Inom ett av områdena – återinskrivningar – har ett särskilt projektarbete vid avdelning 21 lett till att återinskrivningarna vid avdelningen under år 2015 minskat. För att nå dit har man arbetat med samverkan, följt patientflödet, granskat i journaler till exempel hur bevakningar används och hur man kommunicerar mellan enheterna. Man har också arbetat med att förbättra patienters och anhörigas delaktighet. Patienter ska ha en tid till ett besök inom öppenvården i handen vid utskrivning. Även övriga avdelningar arbetar med återinskrivningar; viktigt att jobba förebyggande redan innan utskrivning, möta upp i dagpsykiatri och övrig öppenvård.

Det relativt stora antalet uteblivna besök är problematiskt och kan medföra längre väntetider för övriga patienter. På vissa enheter har man därför börjat ställa frågan till patienten om varför han/hon uteblev för att på så vis uppmärksamma händelsen och förhoppningsvis minska antalet. Införandet av SMS-påminnelse kommer förhoppningsvis också att påverka antalet uteblivanden positivt.

Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd samt kontakt med anhöriga

Inom ramen för kvalitetsarbetet pågår också ett arbete med att säkerställa att patienter som utsatts för någon tvångsåtgärd under pågående tvångsvård, erbjuds ett uppföljande samtal. Alla patienter som är föremål för någon form av tvångsåtgärd erbjuds uppföljande samtal. Gällande tvångsvård och de insatser som görs, arbetas det kontinuerligt med förebyggande åtgärder. De uppföljande samtalen fokuserar på hur tvångsåtgärder kan undvikas vid nästa tillfälle och alternativ som kan erbjudas vid oro och ångest. Det finns en checklista i fickformat för personalen att använda sig av vid tvångsvård. Psykiatrien har ett internt mål om att samtliga patienter som har varit föremål för någon tvångsåtgärd ska ges ett uppföljande samtal inom 4 dagar. Målet har tagits fram genom deltagande i projektet "Bättre vård – mindre tvång". Blekinge har en låg andel tvångsvård, väl under rikets medeltal. 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 ca 180 tvångsåtgärder vidtagits, majoriteten av dem vid Psykiatriska akutavdelningen (PAKA). Andelen tvångsåtgärder som följts upp med ett registrerat uppföljningssamtal inom fyra dagar är 60% (31% år 2014). De patienter som erbjudits ett uppföljande samtal men tackat nej går inte att skilja ut. Vid en manuell genomgång år 2014 visade det sig 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 korrekt kodade. Det finns anledning att tro att detta även gäller år 2015. En del patienter är heller inte av olika somatiska eller psykiska orsaker i skick att klara ett uppföljande samtal.

Även om andelen tvångsåtgärder som följts upp inom fyra dagar ökat avsevärt jämfört med år 2014, nås inte målet om minst 90%.

Ett annat viktigt område är målet att patienternas anhöriga ska bli kontaktade inom 1 dygn från inskrivningen. Detta finns angivet i inskrivningsrutinen. I vissa fall behövs ett motivationsarbete för att få med anhörig/närstående i vårdprocessen och i de fall patienten inte alls vill, respekteras detta. 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, togs en uppföljningsblankett fram under år 2014, vilken använts för att belysa en del mätpunkter vid en utskrivning. 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. Motsvarande mätning gjordes hösten 2015. Första halvåret 2014 visade att i 48% av inskrivningarna skedde en kontakt med anhöriga inom ett dygn. Efter ytterligare granskning av underlaget och med hänsyn tagen till vissa av kommentarerna till respektive utskrivning, justerades resultatet senare till att bli 53%. Detta ska jämföras med den mätning som gjordes hösten 2015 och som visade att anhöriga kontaktades inom ett dygn vid 52% av utskrivningarna.

Förvaltningen har därmed inte nått målet om 90%.

Övrigt kvalitetsarbete

Ett annat stort utvecklings- och förbättringsområde är det fortsatta arbetet för att alla patienter ska ha aktuella behandlingsplaner (se under punkt 2.3.2) samt samtal om levnadsvanor (se under punkt 2.2).

Inom barn- och ungdomspsykiatrin har ett utvecklingsarbete kring förbättrad dokumentation startats. En vägledning gällande dokumentation har tagits fram och gått igenom för samtlig personal. Arbetet påbörjades under hösten och kommer att fortgå löpande genom att vägledningen tas upp årligen för genomgång och revidering.

Implementering av SFBUP's riktlinjer för depression har också startats inom barn- och ungdomspsykiatrin och kommer att fortsätta under 2016.

Habiliteringen arbetar med ett antal viktiga kvalitetsmål kring kurser och grupper (Mål: "Intensiva insatser"), information om dagens besök (Mål: "pennan som verktyg") samt fortsatt arbete kring användandet av alternativ kompletterande kommunikation t.ex att använda föremål eller tecken i samtal med patienten (Mål: "Kommunikation").

Habiliteringen medverkar i tre kvalitetsregister, CPUP (Uppföljningsprogram Cerebral Pares), MMCUP (Uppföljningsprogram ryggmärgsbräck och HabQ (nationellt kvalitetsregister för habilitering).

Både för psykiatrin och habiliteringen följs ett flertal viktiga områden upp inom personal, ekonomi och verksamhet månadsvis.

2.5.7 Kvalitet och effektivitet i sjukskrivningsprocessen

Ändamålsenlig och säker vård (Kvalitet och effektivitet i sjukskrivningsprocessen) (HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
En patient- och rättssäker sjukskrivningsprocess med hög kvalitet som följer det landstingsövergripande ledningssystemet för sjukskrivning samt uppfyller grundkraven i den nationella sjukskrivningssatsningen 2015	Vårdenheter som arbetar med sjukskrivningar ska ha <ul style="list-style-type: none"> • en dokumenterad lokal process för sjukskrivningsprocessen • intyg av godkänd kvalitet • rehabiliteringsplaner hos sjukskrivna >28 dagar 	100% enheter med dokumenterad lokal process. Ökande andel godkända intyg samt rehabiliteringsplaner	100% enheter med dok lokal process. Inga uppgifter om antalet intyg	100% enheter med dok lokal process. Inga uppgifter om antalet intyg	HSN samt Psyk/Hab

Kommentarer och analys

Inom vuxenpsykiatrin 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. Koordinatören 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. Exempel på mål är att läkare ska träffa patienten i samband med sjukskrivningsprocessen och att det i alla intyg ska framgå vem som är patientansvarig behandlare. Vålfungerande samarbete finns också med Arbetsförmedlingen inom hela vuxenpsykiatrin. Utbildning i försäkringsmedicin och introduktion till nya läkare angående läkarintyg ges kontinuerligt.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin 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 uppbär aktivitetsersättning.

De landstingsövergripande målen har nåtts, intyg skickas elektroniskt och är av god kvalitet.

2.6 Verksamhetsrapport

2.6.1 Vuxenpsykiatri

Vuxenpsykiatri har under året haft fullt fokus på att fördjupa och förbättra behandlingsarbetet efter den förändring som genomfördes under föregående vår (neddragning av slutenvårdsplatser och utökning av öppenvården). De nyskapade Akut- och Rådgivningsteamerna som finns inom vuxenpsykiatri, har fortsatt sitt arbete med att snabbt kunna ta emot både nysökande, akuta patienter samt patienter som skrivs ut från slutenvården. En konsekvens av detta är att de akuta besöken på Psykakuten minskar. Samtliga enheter har under året arbetat med att tydliggöra sina mål och uppdrag, utveckla det inre arbetet och samarbetet mellan enheterna.

En stor hotbild mot vuxenpsykiatri 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.

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. Flera av de patienter som hade täta vårdtillfällen före organisationsförändringen har nu inga eller betydligt färre vårdtillfällen och fungerat bra med resurserna inom dagpsykiatri. En 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. Gruppen Unga Vuxna (här åldrarna 18-29 år) är den antalsmässigt största åldersgruppen inom vuxenpsykiatri. Antalet patienter har ökat med 16% sedan 2011 och uppgick år 2015 till lite drygt 1700 patienter. Samtidigt är det den åldersgrupp som får de flesta besöken.

Antalet besök inom vuxenpsykiatri har ökat mycket under året och Läns-gemensam Psykiatri är inget undantag. Ökningen här kommer inte från någon organisationsförändring utan är en utökning inom befintlig verksamhet. Antalsmässigt har besöken vid Beroende ökat mest. Lokalerna är inte anpassade till denna mängd besök och gränsen för när patientsäkerheten kan garanteras närmar sig. Detta beror bl.a. på för få samtalsrum och ett trångt väntrum. Beroendemottagningen arbetar med tre patientgrupper; LARO-behandling, patienter med samsjuklighet som inte kan behandlas inom allmänpsykiatri och läkemedelsberoende som inte kan behandlas inom primärvården. Personalen har under året utsatts för flera hotsituationer, vilket har lett till att mottagningen under perioder bemannats med väktare.

Minnesmottagningen med äldrepsykiatriska teamet är den enhet som procentuellt har ökat antalet besök mest. Det är framför allt läkarbesöken som ökat då en fast läkare finns på plats sedan årsskiftet samt att två ST-läkare tjänstgjort under året. På Ätstörningsenheten har under året varit ett högt tryck med både ökat antal besök och ökat antal ineliggande patienter. En förklaring till ökningen av ineliggande patienter kan vara att patienterna kommer i ett senare skede av sin sjukdom med låga BMI. Utvecklingen nationellt av antalet individer med ätstörningsdiagnos visar på en kraftig ökning.

Under hösten har hela vuxenpsykiatrin märkt av bristen på vårdplatser, främst i östra Blekinge. Vid ett flertal tillfällen har platser måst användas inom västra Blekinge samt vid överbeläggningsplats. Riskmöten har ägt rum regelbundet för eventuella prioriteringar, men ingen som varit i behov av heldygnsvård har nekats plats.

Den höga beläggningen på de allmänpsykiatriska vårdavdelningarna gör att patienter blir kvar på den akutpsykiatriska avdelningen. Det leder till att det blir ”stopp” i vårdkedjan och patienterna får inte vård på rätt vårdnivå. Dessutom blir läkarnas arbetssituation lidande. Då vuxenpsykiatrin genomförde sin organisationsförändring 2014 togs beslut att PAKA och PIVA skulle utökas med tre vårdplatser. Denna utökning har inte genomförts på grund av de redan trånga och dåligt anpassade lokalerna. En plats har öppnats vid behov då beläggningen varit hög. Under året har PAKA/PIVA haft flera patienter med mycket hög vårdtyngd (grad 1 vak, bemanningstäthet, hot, våld, självdestruktivitet) samt lång vårdtid (10-12 månader). Under år 2015 ökade antalet timmar för grad 1- resp. grad 2-vak med 3.000 timmar.

Antalet vårddagar har minskat med drygt 1.000 jämfört med föregående år. Detta är kvarstående effekter av förändringen som genomfördes i april 2014. Det minskade antalet vårdplatser och det höga trycket på slutenvården som varit under år 2015 har lett till mycket höga beläggnings-siffror. Antalet vårddagar hade troligtvis kunnat minska ytterligare (och ge något mer utrymme i systemet) då under året över 350 vårddagar, motsvarande 1 vårdplats, konstant är belagd med patienter som redan är utskrivningsklara. En del av dessa dagar är psykiatrin själv ”skuld” till, medan flertalet beror på att utskrivningsförfarandet av olika skäl som psykiatrin inte rått 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 psykiatrin innan betalningsansvarslagen träder i kraft. Utöver dessa patienter finns det ett antal patienter som väntar på beslut om Öppen psykiatrisk tvångsvård, vilket inte kan beviljas innan boende är ordnat, vilket i sin tur inte beviljas innan beslutet om Öppen tvångsvård är fattat – ett riktigt ”moment 22”.

Det har genomförts riskanalyser på Beroendeenheten, PAKA och PIVA. Analyserna visar att riskerna för hot och våld har ökat i jämförelse med tidigare genomförda analyser. De visar också på stora brister vad gäller lokalerna i samtliga verksamheter. Lokalerna är för små och inte anpassade efter verksamheten. Det finns ingen möjlighet till utevistelse för patienterna. Detta är faktorer som gör att hot- och våldssituationer ökar på enheterna.

Nya lokaler är däremot på gång för vuxenpsykiatrins mottagning i Karlshamn, där planering pågått under hela 2015. Det ska bli paviljonger på sjukhusområdet och i samma byggnad kommer akut- och rådgivningsteamet samt läns-gemensam mottagning att inrymmas. Inflyttning planeras till hösten 2016. Även mottagningen i Ronneby väntar på nya lokaler; planer finns för nybyggnad vilket man ser fram emot.

2.6.2 Barn- och ungdomspsykiatrin

Inom barn- och ungdomspsykiatrin har antalet öppenvårdsbesök fortsatt att öka till nära 13.600 besök, vilket är det högsta uppmätta antalet någonsin. Även antalet nybesök ökar, men endast med 2%.

Ökningen ligger i de yngre åldrarna 0-12 år, medan tonåringarna 13-17 år i stort sett har varit lika många de senaste åren. Ingen riktig förklaring kan ses till den stora ökningen av antalet besök utan att nybesöken har ökat i samma grad utom att BUP ger större insatser i form av tätare kontakter.

Under 2014 startades ett pilotprojekt i form av en mottagning för psykisk ohälsa hos barn o unga inom Primärvården i Ronneby. Detta för att prova utvecklingen av det som man från riksdag och regerings sida jobbar för att alla landsting skall utveckla, nämligen en "Första linje" för psykisk ohälsa hos barn och unga. Det är idag inte helt klart hur detta har påverkat BUP hittills. Ser man enbart till antal besök vid de tre BUP-mottagningarna kunde man se en tydlig effekt på antalet besök i Ronneby under projektets första år 2014 då dessa minskade klart och tydligt. År 2015 finns ingen lika tydlig tendens. Kanske är det så som man nationellt pratar om inom andra landsting att man med första linjen når andra patienter som kanske inte skulle ha sökt BUP i detta tidiga skede, men att man på längre sikt kan minska den psykiska ohälsan och genom detta också få en bättre skolsituation och skolresultat?

Tillkomsten av första linjen i Ronneby har underlättat Ronneby-mottagningens prioritering av vad som tillhör specialistpsykiatri genom att kunna diskutera med varandra om tveksamma fall. Troligt är också att det avdramatiserar för familjerna att de kan vända sig till Vårdcentralen för psykisk ohälsa för sina barn. Att kropp och själ hör ihop och finns i samma person.

När det gäller heldygnsvården har den minskat från mer än 1000 vård dagar för fem-sex år sedan till en nivå på drygt 300 vård dagar per år. Då används inläggningsmöjligheten dessutom inte bara för akut barnpsykiatri utan även för planerad inläggning för observation eller med ett specifikt syfte ex vis läkemedelsinställning. Antalet vård dagar förra året var 334 på Kastanjevillan, varav 37 dagar under LPT.

En förändring av heldygnsvården under 2014 var två nattpersonal anställdes, vilket inneburit att plats i lägenheten inom vuxenpsykiatri inte längre behöver användas på helgerna, utan om patienterna inte kan ges permission på helgen, som är förstahandsvalet, så vårdas dessa på BUP. Denna förändring syns tydligt i antalet vård dagar som BUP använt sig av heldygnsvården inom vuxenpsykiatri, en minskning från 82 vård dagar år 2013, 28 vård dagar år 2015 och 13 vård dagar år 2015.

2.6.3 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.

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 Verksamhetsstatistik med kommentarer och analys

	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015
<i>Vuxenpsykiatri</i>					
Antal besök	58315	59101	60638	65500	72557
- varav läkarbesök	10938	11066	11902	12007	14319
Antal besök/1000 inv	382	387	397	429	465
Antal avslutade vårdtillfällen	1321	1371	1403	1279	1101
Antal vård dagar under året	22567	19307	19103	14362	13415
- varav med tvångsvård	26%	21%	18%	21,5%	26%
Antal vårdplatser per den 31/12	64	64	64	44	44
Medelvårdtid (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	17,4	13,5	13,6	13,2	11,5
Median (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	7	6	6	5	5
<i>Barn- och ungdomspsykiatri</i>					
Antal besök	11150	11303	11865	11926	13566
- varav läkarbesök	1428	1579	1996	1936	3108
Antal besök/1000 inv	73	74	77	78	87
Antal avslutade vårdtillfällen	37	43	49	57	38
Antal vård dagar under året	209	194	263	358	334
- varav med tvångsvård	6%	10%	6%	2,5%	11%
Antal vårdplatser per den 31/12	2	2	2	2	2
Medelvårdtid (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	8,9	7,0	7,9	6,3	9,0
Median (antal vård dagar) per avslutat vårdtillfälle	5	4	4	5	7,5
<i>Habiliteringen</i>					
Antal besök	8422	7522	7617	7902	7682
- varav läkarbesök	807	909	992	870	1008
Antal besök/1000 inv	55	49	50	52	49

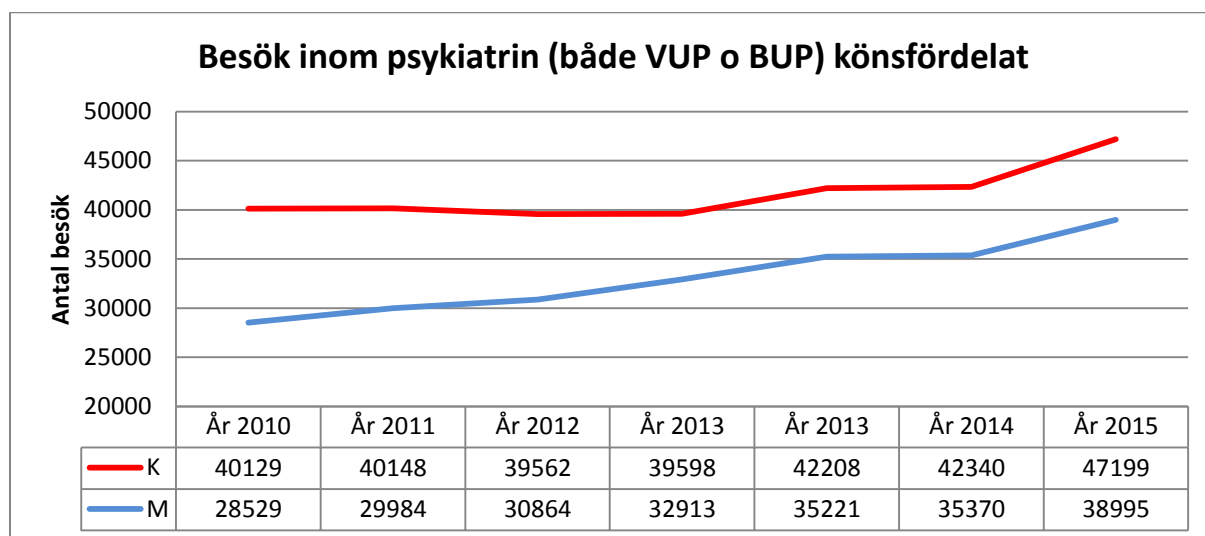
2.7.1 Vård inom länet

Behovet och efterfrågan av psykiatrisk vård och habilitering är fortsatt hög, se sammanställning ovan samt bilaga 2. Antalet öppenvårdsbesök inom psykiatri har ökat med nära 8.400 besök sedan föregående år, 7.000 i vuxenpsykiatri och 1.400 inom barn- och ungdomspsykiatri (och med nära 16.000 besök sedan år 2011) och uppgick under året till 86.000 besök. Besöken inom habiliteringen har minskat något sedan föregående år till 7.682 besök. Läkarbesöken har ökat både inom psykiatri och habiliteringen, vilket till stor del beror på att utförd arbetstid för läkare har ökat motsvarande ca 2,5 helårsarbetare.

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 männi-

skor 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 öppenvårdspsykiatrin, håller i sig även år 2014. Andelen besök av pojkar/män har ökat med 37% sedan år 2010. Fortfarande är det ändå flickor/kvinnor som står för merparten av besöken och är flest antalsmässigt, även om skillnaden är betydligt mindre än 2010.



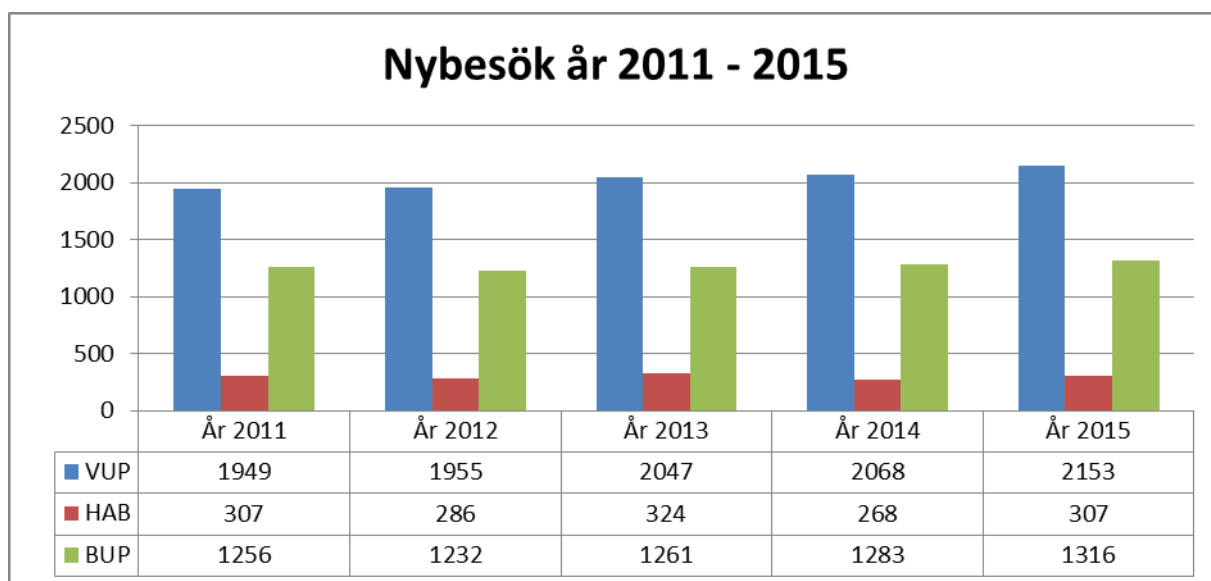
Totalt för vuxenpsykiatrin är nästan en tredjedel (32%) av patienterna 30 år eller yngre, samma andel som föregående år.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin görs flest besök inom åldersgruppen 13-17 år, där även den största ökningen av besök kan ses.

Inom habiliteringen är det fortfarande flest besök inom åldersgruppen 0-6 år, även om antalet besök inom denna åldersgrupp starkt har minskat under året och nu är i princip lika många som för åldersgruppen 7-12 år. Ökningen av antalet besök för pojkar/män har avstannat under året och en viss minskning jämfört med föregående år kan ses medan flickor/kvinnor har ökat något. Patienter över 18 år står för ca 29% av alla besök under året, en ökning med 4%.

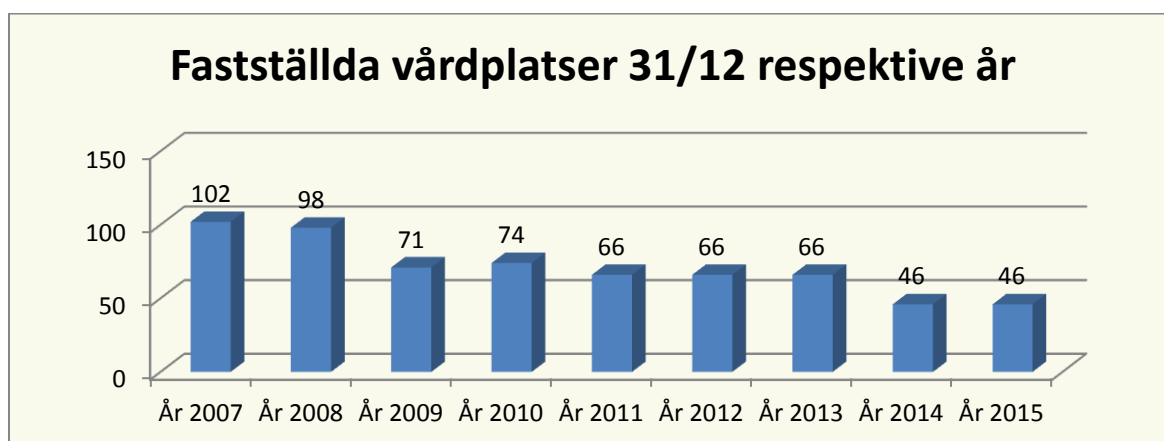
Antalet patienter som besöker förvaltningens verksamhet varierar något mellan åren; för habiliteringens del var antalet år 2015 ca 1.200 patienter, vuxenpsykiatrin ca 5.900 patienter och för barn- och ungdomspsykiatrin ca 2.200 patienter. Detta är en ökning av antalet patienter för samtliga. Antalet nybesök har ökat något och ligger kring 3.700, vilket även det är en ökning för samtliga.

Ovanstående uppgifter om antal besök och nybesök betyder att under år 2015 besökte 371 patienter psykiatrin eller habiliteringen **varje vardag**, en ökning med 30 patienter per vardag (287 inom vuxenpsykiatrin (+25), 54 inom barn- och ungdomspsykiatrin (+6) samt 30,5 inom habiliteringen (-1,5). Av dessa var 15 nysökande; 8,5 inom vuxenpsykiatrin (+0,2), 5,2 inom barn- och ungdomspsykiatrin (+0,1) och 1,2 inom habiliteringen (+0,1) varje vardag.



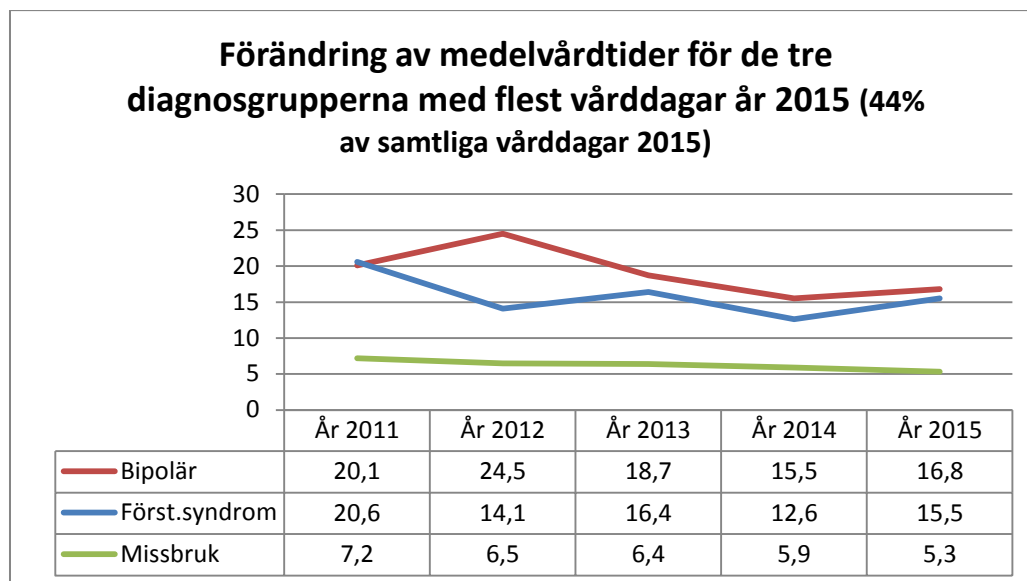
Inom heldygnsvården har antalet vårddagar fortsatt att minska inom vuxenpsykiatri, främst beroende på den förskjutning av resurser från slutentill öppenvård som skedde under våren 2014 och som fortfarande påverkar. Barn- och ungdomspsykiatri har en marginell minskning, men då slutenvården här är starkt begränsad, har enstaka patienter stor påverkan på helheten.

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. Som tidigare beskrivits under avsnittet om vuxenpsykiatri, har det varit en brist på vårdplatser framför allt under hösten.

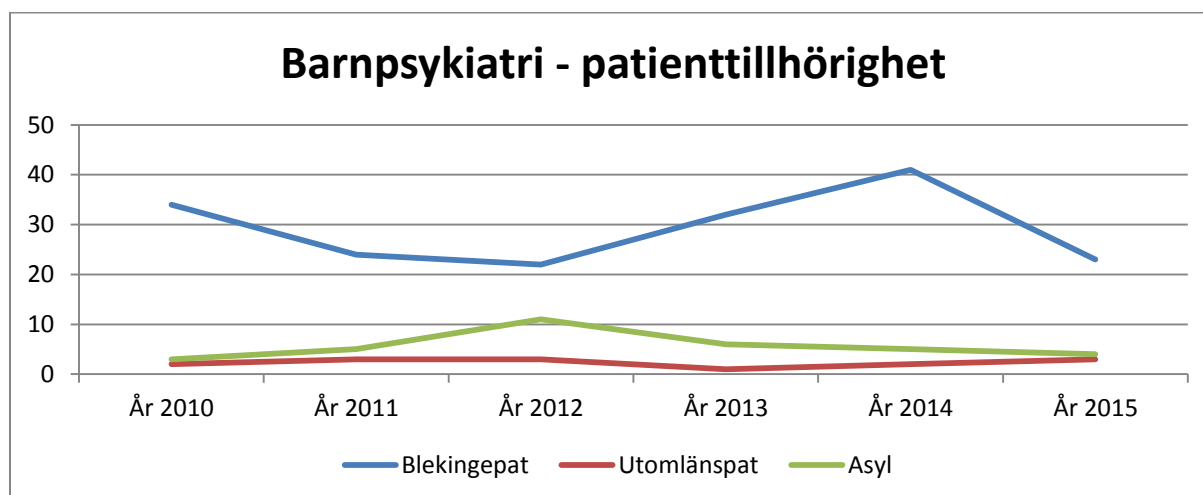


I en jämförelse mellan år 2011 och år 2015 för den totala heldygnsvården inom psykiatri kan man se att i princip alla diagnosgrupper minskat medelvårdtiden per vårdtillfälle under året (gäller samtlig vård under året och inte bara avslutade vårdtillfällen).

Den största diagnosgruppen, med flest vårdtillfällen och antal patienter, är även under 2015 missbruk och beroende.



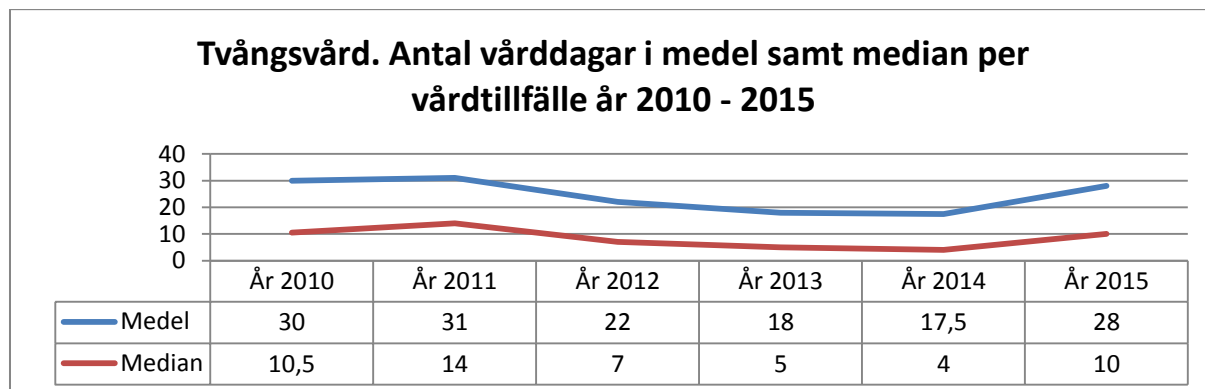
Antalet vårddagar inom barn- och ungdomspsykiatri har under året varit på samma nivå som föregående år - 334. Detta är ändå inte i närheten av antalet vårddagar för 5-6 år sedan då antalet låg på över 1.000. I årets siffror ingår inte bara akut barnpsykiatri utan även planerad inskrivning för observation eller med ett specifikt syfte, t.ex. läkemedelsinställning. Patienterna från Blekinge som ökade ganska markant under föregående år, har minskat till samma nivå som år 2012. Däremot har både median- och medelvårdtiden ökat något under året. Barnpsykiatrisk slutenvård är en relativt liten verksamhet, sett till antalet vårddagar, varför enstaka patienter kan ha stort inflytande över bl.a. median- och medelvårdtid.



2.7.2 Tvångsvård

Både antalet och andelen vårddagar med tvångsvård har kontinuerligt minskat sedan år 2010. Detta bröts dock år 2015, där både antal vårddagar och andelen har ökat, medan antalet vårdtillfällen minskade. En stor anledning till att antalet vårdtillfällen med tvångsvård har minskat mellan år 2014 och 2015 är att den nya vårdformen Kvarhållande nu används istället för som tidigare direkt LPT. Antalet vårdtillfällen med enbart kvarhållande var under året 33 st. för 27 individer.

Dessa hade annars under tidigare år varit med i tvångsvårdsstatistiken. Detta gör också att medelvårdtider med LPT ökar, då det är färre vårdtillfällen att fördela vårddagarna på. Tvångsvården har under året blivit en större andel av den totala slutenvården, 26% av alla vårddagar under år 2015 var tvångsvård. Detta är en ökning från 21% år 2014.



2.7.3 Vård utanför länet

Förvaltningen arbetar mycket aktivt med att försöka minimera den remitterade vården utanför länet. 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.

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 är fortsatt högt, även om antalet minskat något och ett antal gått över till den mindre kostnadskrävande vårdformen Öppen LRV. Under år 2015 har patienter som vårdats utanför länet enligt LRV kostat förvaltningen drygt 26 mkr.

Vård enligt det fria vårdvalet (både öppen och slutna vård) samt remittering till behandlingshem uppgick till ca 11,3 mkr. Både den slutna och den öppna vården har ökat jämfört med föregående år.

2.7.4 Asylsökande

Antalet besök för asylsökande är något lägre än föregående år, och det är barnpsykiatri 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 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

3.1 Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer

Målområde: Aktivt klimat- och miljöarbete för hållbara livsmiljöer (LF)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/Uppföljning	Från
Hållbarhetskrav i upphandlingar ska öka, där så är relevant. Kraven ska följa Miljöstyrningsrådets råd om kriterier samt den landstingsgemensamma uppförandekoden för sociala och etiska krav.	Andel upphandlingar som innehåller hållbarhetskrav enligt miljöstyrningsrådets kriterier samt sociala och etiska krav, enligt den landstingsgemensamma uppförandekoden.	Ska öka jämfört med år 2014		Målet gäller landstingsnivå	HSN samt Psyk/Hab
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.	Andel av landstingets förvaltningar som redovisar ett systematiskt miljö- och hållbarhetsarbete	Ska öka jämfört med år 2014	Inget systematiskt miljö- och hållbarhetsarbete i förvaltningen	Inget systematiskt miljö- och hållbarhetsarbete i förvaltningen	HSN samt Psyk/Hab

Kommentarer och analys

Landstingets mål 2 för miljöarbetet ligger till grund för förvaltningens miljöarbete, vilket ingår som en naturlig del i all verksamhet. Däremot har förvaltningen 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.

Miljö- och hållbarhetsförbättringar är en del av arbetet som tar sig uttryck i allt från ett aktivt avfallssorteringsarbete, ekologiskt kaffe, te och mjölk, till att ta tillvara vad som finns i landstingets förråd innan nyinköp görs. Att i möjligaste mån samåka eller använda tåg/buss samt om möjligt anordna telefonkonferenser. Med lokaler på flera orter finns mycket att vinna, dels miljömässigt, dels tidsmässigt med att sitta på ordinarie arbetsplats och mötas via video. Under året har större andel konferenser genomförts via videosystem.

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.

4 Målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

4.1 Uppföljning av förvaltningens mål

Fullmäktiges prioriterade målområde - Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter (LF)					
Kompetensförsörjning (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
Landstingets personal- och kompetensförsörjning ska planeras utifrån verksamheternas behov och förutsättningar. (LS, HSN)	Andel chefer som har en dokumenterad kompetensförsörjningsplan för sina respektive verksamheter. (LS, HSN)	90%	93%	100 %	HSN
	Andel chefer som har en dokumenterad kompetensförsörjningsplan för sina respektive verksamheter	100%	100%	100 %	Psyk/hab
	Andel tillsvidareanställda medarbetare som medverkar i ett medarbetarsamtal (LS, HSN)	95%	90,5%	87,9%	HSN Psyk/hab
	Andel tillsvidareanställda medarbetare som har en individuell dokumenterad utvecklingsplan (LS, HSN)	95%	87,1%,	88,1%	HSN Psyk/hab
	Att kontinuerligt ha minst 10 ST-läkare anställda samt att rekrytera minst 12 överläkare under perioden 2013 – 2016	Antalet ST-läkare inom psykiatri samt rekryteringen av överläkare	Rekrytering: 6 ST-läkare = 10 5 vuxenpsykiater = 14,75	Rekrytering: 3 ST-läkare = 11 3 vuxenpsykiater = 14,63	Psyk/hab

Kompetensförsörjningsplaner

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 förbli stort under 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 chefer inom förvaltningen (100 %) har kompetensförsörjningsplaner för sina verksamheter. Arbetet med att förbättra, fördjupa och ytterligare strukturera upp förvaltningens kompetensförsörjningsprocess fortgår kontinuerligt. Förvaltningen når målet.

Medarbetarsamtal och individuell dokumenterad utvecklingsplan

Medarbetarsamtal och individuella dokumenterade utvecklingsplaner är en naturlig och viktig del i verksamheten. I förvaltningen finns en väl känd process för medarbetarsamtal och att i samband med medarbetarsamtalen skall en individuell dokumenterad utvecklingsplan tas fram.

Under året har 87,9% av förvaltningens medarbetare haft medarbetarsamtal och 88,1% har en individuell dokumenterad utvecklingsplan. För medarbetarsamtalen är detta en sänkning mot föregående år med 2,4 % och för individuella dokumenterade utvecklingsplaner är det en ökning med 1,0 %. Förvaltningen når inte målet.

Vid analys av siffrorna anger cheferna att det beror på att uttaget i Heroma tar med även de som är tillsvidare anställda med placering inom annan verksamhet eller är tjänstlediga och avböjt medarbetarsamtal

Adekvat läkarbemanning

Läkarsituationen i förvaltningen är mycket bekymmersam. Vakansläget ligger för närvarande på ca 50 % inom vuxenpsykiatri och 30 % vakansläge inom habiliteringen. Barn- och ungdomspsykiatri har 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, anlåtande av rekryteringsfirma och deltagande i rekryteringsmässor.

Psykiaterbristen är stor i hela landet vilket leder till att vi inte ha lyckats anställa färdiga specialister. Under 2015 har förvaltningen lyckats anställa tre psykiatrer men två av dem har valt att avsluta sin anställning efter mycket kort tid. Båda av privata skäl.

Det ökade intresset för ST-tjänstgöring inom psykiatri håller i sig och förvaltningen fortsätter att arbeta aktivt för att anställa fler ST läkare.

Medarbetarengagemang (LS, HSN)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
Landstingets medarbetare ska känna ett engagemang för sitt arbete.	Index för hållbart medarbetarengagemang (HME)	80%	77	78	HSN Psyk/hab
	Andel chefer som har en handlingsplan för intern kommunikation.	90%	100%	100%	HSN
	Alla chefer ska ha en handlingsplan för intern kommunikation	100%	100%	100%	Psyk/hab

Medarbetarengagemang

Resultatet i HME-mätningen 2015 visade på en ökning av index med 1. Det är en ökning på delindex motivation och ledarskap medan styrning har minskat något. Förvaltningen når inte målet.

Basenheterna och avdelningarna har handlingsplaner utifrån resultatet av medarbetarundersökningen, som genomfördes under hösten 2014. I november har de även fått ut resultatet av HME och arbetar vidare med det som behöver utvecklas och förvalta det som redan är bra

Intern kommunikation

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 Statistikuttag för perioden 1 januari – 31 december 2015 (bilaga 3)

Utförd arbetstid har ökat med 1,8 årsarbetare jämfört med föregående år.

Den stora minskningen av arbetad tid på psykolosidan består till stor del av en felregistreringar i statistiken. Legitimerade psykologer inom förvaltningen minskade sin utförda arbetstid med 0,28 årsarbetare mot föregående år vilket är ett stort problem eftersom vakansläget på psykologer var stort även 2015. Det finns en stor personärlighet i gruppen psykolog. 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-psykologerna.

Utförd arbetstid har ökat för sjuksköterskor p.g.a. långsiktig planering att tillsvidareanställa vikarierande sjuksköterskor. Detta för att minska sårbarheten vid personärligheten och pensionsavgångar. Det är mycket svårt att rekrytera specialistutbildade sjuksköterskor.

Övertiden har ökat med 0,06 årsarbetare och mertiden minskat med 0,07 årsarbetare. Nyttjandet av timavlönade har minskat med -1,40 årsarbetare från 7,20 årsarbetare 2014 till 5,80 årsarbetare 2015.

Frånvaron har minskat mellan åren med 1,27 årsarbetare. Störst förändring finns gällande minska sjukfrånvaro -1,62 årsarbetare, föräldralediget -1,17 årsarbetare och ökat ledighet utan lön med 2,18 årsarbetare.

Sjukfrånvaron har ökat med 0,2 dagar per anställd och den det finns stor minskningen inom handläggare och administratör samt inom icke specialkompetens läkare. I båda dess fall är sjukfrånvaron kopplad till få individer med hög sjukfrånvaro under 2014. Det finns en stor ökning på sjukfrånvaro inom gruppen medicinska sekreterare. 8,6 dagar per anställd. Detta är någon som förvaltningen är medveten om och arbetar med de individer som berörs.

Antalet anställda i förvaltningen var i december år 2015 totalt 504 varav 464 tillsvidareanställda och 40 visstidsanställda. I december år 2014 var motsvarande antal 492 varav tillsvidareanställda var 465 och visstidsanställda 31. En ökning av antalet tillsvidareanställda med 1 personer.

Andelen heltidsanställda i förvaltningen var den 31/12 2015 93,10%, detta är exakt samma siffra som 31/12 2014. Förvaltningen har en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 97,54%.

4.3 Nyttjande av inhyrda respektive arvoderade läkare samt inhyrda sjuksköterskor avseende perioden 1 januari – 31 december 2015

Behovet av hyrläkare har varit stort under hela året. Arbetade timmar för hyrläkare har ökat någon och ligger på 10,01 årsarbetare för 2015 jämfört med 9,82 årsarbetare 2014, vilket är en ökning med 0,28 årsarbetare. Utförd arbetstid för anställda överläkare har ökat med 2,22 årsarbetare.

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 2015 har rekryterat 3 ST-läkare och har totalt elva anställda ST-läkare vid årsskiftet. Vidare har Barnkliniken två anställda ST-läkare som kommer att subspecialisera sig till barnhabiliteringsläkare efter avslutad specialistutbildning till barnläkare.

Den långsiktiga lösningen på vakansläget är att anställa ST-läkare och förvaltningen arbetar för att erbjuda en attraktiv AT och ST tjänstgöring.

Förvaltningen deltar i SKL's projekt Läkarförsörjning inom psykiatri oberoende av hyrläkare. Som ett led i det arbetet har det inom förvaltningen bildats en styrgrupp för läkarförsörjning bestående av förvaltningschef, verksamhetschefer och stabspersonal. Styrgruppen arbetar just nu med att identifiera vilka ytterligare åtgärder som förvaltningen behöver göra för att förbättra läkarsituationen. De aktiviteter som kontinuerligt pågår är utlandsrekrytering, kontinuerlig annonsering, anlåtande av rekryteringsfirma och deltagande i rekryteringsmässor. Förvaltningen når inte målet.

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. På de arbetsplatser där det finns behov har handlingsplaner upprättats.

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

Förvaltningen stora problem med att rekrytera läkare kvarstår (beskriv ovan under 4.4.) 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. 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.

Den steg 1 utbildning som startade våren 2013 har avslutats under våren 2015. Det är mycket kostnadseffektivt för förvaltningen att utbildningen har bedrivits i länet då avsevärt fler medarbetare kan delta.

5 Målområde - En stabil ekonomi för hållbar kostnadsutveckling.

5.1 Uppföljning av förvaltningens mål

Fullmäktiges prioriterade målområde – En stabil ekonomi för hållbar kostnadsutveckling (LF)					
Strategiskt mål	Mått	Målvärde	Ingångsvärde	Rapportering/ Uppföljning	Från
LS/HSN samtliga förvaltningar ska klara sina budgetar (LS, HSN)	Utfall/Prognos i förhållande till budget i % (LS, HSN)	Alla basenheter ska hålla sig inom tilldelad budget. Vid negativt resultat ska åtgärdsplan redovisas	0,9 mnkr högre kostnad än budget 2014.	Förvaltningen håller tilldelad budget	HSN samt Psyk/hab
Landstinget Blekinge ska ha en hög kostnadsmedvetenhet (LS, HSN)	Förändring av nettokostnad i % (LS, HSN)	Förvaltningens nettokostnadsuppräknings ska vara i samma nivå som budgetuppräknings 3,4%		Förändring av nettokostnad 2% vilket är under budgetuppräknings på 3,4%	HSN
	Förändring av personalkostnaderna i % (LS, HSN)	Förvaltningens personalkostnadsuppräknings ska vara i samma nivå som budgetuppräknings för personal 4,1%		Förändring av personalkostnaderna hamnar på 4,7 % vilket är något högre än målet 4,1%	HSN
Styrinstrument ska bidra till ekonomisk stabilitet och en ekonomi i balans: Använda rätt läkemedel	Andel basenheter som haft info om sitt förskrivningsmönster av läkemedel	Samtliga basenheter inom psykiatrin ska en gång om året gå igenom förskrivningsmönster (helst tillsammans med primärvården)	Tre av fyra hade genomgångar under 2014.	Två av fyra enheter har haft genomgång. Målet nås inte.	Psyk/hab

Kommentarer och analys

Budgetföljsamhet

Förvaltningen klarar målet med budget i balans

Nettokostnadsutvecklingen

Förvaltningen har en nettokostnadsutveckling på 2 % vilket är lägre än målet på 3,4%. Förvaltningen klarar målet.

Personalkostnadsutvecklingen

Förvaltningen har en personalkostnadsutveckling på 4,7 % vilket är något högre än målet på 4,1%. Förvaltningen når inte riktigt målet.

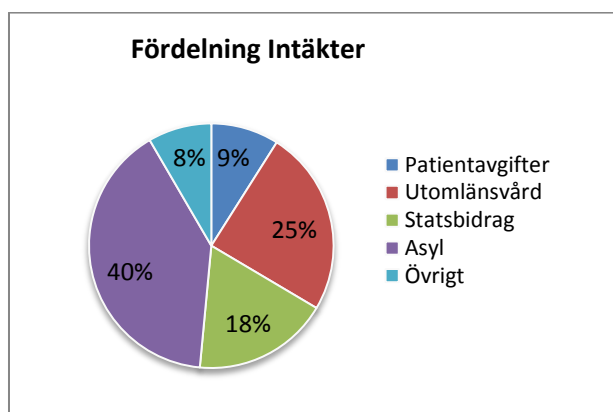
Använda rätt läkemedel

Två basenheter av fyra hade genomgångar under 2015. En genomgång blev inställd på grund av sjukdom och ny är inplanerad och den andra enheten har en genomgång inplanerad under februari. Förvaltningen når inte målet.

Kontoslag	Utfall ack.	Budget Helår	Utfall jmf budget
Intäkter	-46 529	-18 520	28 009
Personal	307 060	286 694	-20 366
- Anställda	266 016	277 834	11 819
- Inhyrda	32 860	0	-32 860
- Övrigt	8 185	8 860	675
Drift	146 967	143 352	-3 615
- Köpt vård	38 739	37 335	-1 404
- Läkemedel	27 693	27 127	-565
- Hjälpmedel	8 143	7 816	-327
- Ankomstregistrerat	0	0	0
- Övrigt	72 392	71 074	-1 318
Kapitalkostnad	58	58	0
TOTALA INTÄKTER	-46 529	-18 520	28 009
TOTALA KOSTNADER	454 085	430 104	-23 981
NETTORESULTAT	407 556	411 584	4 028

Intäkter

Förvaltningen har intäkter på 46,5 mnkr vilket är något högre än föregående år. Förvaltningens intäkter består 2015 till största delen av asylintäkter vilket är en förändring mot tidigare år då statsbidrag har stått för den största andelen av intäkterna. När det gäller asylintäkter har förvaltningen erhållit 18,7 mnkr vilket är 5,1 mnkr högre än föregående år och när det gäller statsbidragen har förvaltningen fått in 2,7 mnkr lägre än föregående år. Förra året fick förvaltningen bonus från andra förvaltningar på 2,4 mnkr medan det för 2015 var 2,1 mnkr lägre. Övriga intäkter är i nivå med föregående år.



Personal

Kostnaden för anställd personal är 266,0 mnkr vilket är 11,8 mnkr lägre än budget. Detta beror på flera vakanta tjänster och då framförallt för psykiater och psykologer. Med tanke på andelen vakanser så borde överskottet vara högre men byte av flera chefstjänster har gett en högre kostnad både genom chefsavvecklingskostnader och rekryteringskostnader. Även beslutet om att erbjuda samtliga sjuksköterskor tillsvidareanställning ger ökade kostnader. Förvaltningen har haft stora utbildningssatsningar under året vilket har resulterat i högre personalkostnad. Det har också varit mycket hög vårdtyngd på vissa avdelningar som gjort att man varit tvungen att ta in extra personal.

Kostnad för inhyrd personal är 32,9 mnkr vilket är 3,6 mnkr högre än föregående år. Förvaltningen har trots rekryteringar ett 50 % vakansläge för läkare. Vakansläget för läkare har legat på ungefär samma nivå under flera år vilket har lett till ett hårt tryck på de fast anställda läkare som finns i förvaltningen. Detta har gjort att man under 2015 har varit tvungen att ta in fler hyrläkare än det annars skulle ha behövts.

Kostnaden för övrig personalkostnad ligger 0,7 mnkr lägre än budget. Kostnaden för rekrytering ligger i nivå med föregående år medan kostnaden för kurser och konferenser är lägre än föregående år.

Drift

Förvaltningens kostnad för köpt vård är 1,4 mnkr högre än budget men 1,7 mnkr lägre än föregående år. Detta beror på att priset på rättspsykiatrisk vård i Kronoberg är lägre än det var 2014. Både kostnaden för det fria vårdvalet samt förvaltningens kostnader för remitterade patienter har ökat jämfört med föregående år. Kostnaden för det fria vårdvalet är inget som förvaltningen kan påverka.

Kostnaden för läkemedel är 27,7 mnkr vilket är i nivå med föregående år men 0,6 mnkr högre än budget. Kostnaden för läkemedel på beroendemottagningen är högre än vad det finns budget för.

Kostnaden för hjälpmedel är i nivå med föregående år men 0,3 mnkr högre än budget. Bonus har återbetalts från hjälpmedelscentralen på 0,3 mnkr som ligger på intäkter och detta gör att förvaltningen på total nivå klarar budget för hjälpmedel.

Kostnaden för övrig drift ligger på 72,4 mnkr vilket är 1,3 mnkr högre än budget men 6,1 mnkr lägre än föregående år. Utav de 6,1 mnkr består 2,9 mnkr av minskade interna kostnader. Under 2014 genomfördes flera lokalförändringar vilket medförde 1,7 mnkr i högre kostnader för möbler vilket är kostnader som förvaltningen inte har under 2015.

5.2 Kontrollerbar investeringsprocess för verksamhetsmässig och ekonomisk nytta

Förvaltningen har investerat i en ECT-apparat och två hjärtstartare under 2015.

5.3 Prognosförklaring

Förvaltningen räknade i augusti med ett resultat på 1,0 mnkr lägre än budget. Utfallet för 2015 blev 4,0 mnkr lägre än budget. Den största förklaringen till budgetavvikelsen är att förvaltningen fick in mer intäkter i form av asylbidrag än beräknat i augusti prognosen. Hyrläkarkostnaden blev också högre än prognostiserat eftersom fast anställd läkare slutade under hösten men eftersom kostnaden för anställd personal blev lägre påverkar denna kostnad inte förändringen mellan prognos och utfall. Kostnaden för köpt vård blev högre än prognostiserat då förvaltningen fick några dyra patienter i slutet på året.

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. Vuxenpsykiatri Väst, BUP, habilitering, primärvård och ungdomsmottagningsarna i väst har träffats för en samverkansdag på temat ungas psykiska hälsa för att lära av varandra och öka samverkan.

Även inom Vuxenpsykiatri Öst finns en särskild satsning på unga med psykiatrisk problematik i kombination med avbrutet självförverkligande. Gränssnittet gentemot primärvården är sänkt för denna grupp, och det erbjuds en psykiatrisk bedömning och att gå med i ”Unga Vuxna-programmet” för de som behöver detta. En träff med BUP har också genomförts för att få en samsyn kring vårdövergångar i samband med att patienter blir 18 år.

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 är blygsam, rör det sig inte om några större summor.

6.3 Förbättringsarbeten utifrån kvalitetsdata ur Nationella kvalitetsregister

Vuxenpsykiatrien har registrerat i tillämpliga kvalitetsregister under året. Hälsomottagningarna vid avdelning 21:s dagpsykiatri bygger på data ur kvalitetsregistret för psykossjukdomar.

6.4 Projektredovisning

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.

6.5 Kris- och katastrofberedskap

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen plan för kris- och katastrofberedskap har reviderats under året. 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, vissa är helt klara medan andra fortfarande har en bit kvar. Förvaltningen har ett särskilt ansvar för landstingets Kristöds-samordning som kommer att utgå från Psykakuten. Utbildnings- och övningsinsatser behövs för hela förvaltningen.

Systematiskt brandskyddsarbete pågår ständigt. Brand- och evakueringsövningar har genomfört

7 Analyser, slutsatser och framåtblick

7.1 Samlad analys av måluppfyllelse

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

Ett gott bemötande är en självklarhet och förvaltningen har valt att mäta detta genom resultatet av den Nationella Patientenkäten. Då det enbart är Habiliteringen som genomfört och fått resultat av sin patientenkät under år 2015 är det denna som ligger som grund för förvaltningens resultat. Årets mål om att nå lägst värdet 85 i Patient Upplevd Kvalitet (PUK) på indikatorn bemötande uppnåddes inom habiliteringen för både vuxna och barn/målsman.

Målområde: En bättre folkhälsa ska avspeglas i en ökad jämlik hälsa

I de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder ges bl.a. rekommendationer om hur hälso- och sjukvården genom särskilda metoder kan stödja patienter att förändra en ohälsosam levnadsvana. I det vardagliga patientarbetet ingår samtal kring levnadsvanor, livsstil, identifiering av risker och motivationsarbete. Från och med år 2014 mäts antalet registrerade samtal om levnadsvanor för patienter med nybesök via s.k. KVÅ-kod. Målet för året är att antalet nysökande patienter som får ett samtal om levnadsvanor ska öka jämfört med föregående år. Antalet registrerade samtal om levnadsvanor är 13,2% av alla nysökande patienter. År 2014 registrerades totalt 6% vilket gör att målet kommer att nås.

Patientens och medborgarens förtroende och medverkan

Att mäta förtroende och patientmedverkan har gjorts via den Nationella Patientenkäten genom mätning av Patient Upplevd Kvalitet (PUK). Resultatet i år kommer från den enkät som Habiliteringens patienter har besvarat. Ingen enkät kommer att genomföras för Psykiatri 2015.

Förtroende – mål PUK lägst 75.

Målet är nått för både vuxna och barn/målsman (79 respektive 84).

Upplevd Nyttä – mål PUK lägst 75.

Målet nås varken för vuxna eller barn/målsman (65 respektive 59)

Delaktighet – mål PUK lägst 75

Målet nås varken för vuxna eller barn/målsman (65 respektive 67)

Information – mål PUK lägst 70

Målet nås för vuxna men inte för barn/målsman (72 respektive 67)

Hur den enskilda patienten värderar sin vård/behandling

Målet är att värdet ska ha ökat sedan föregående mätning – målet nås för vuxna men inte för barn/målsman. Vuxna: År 2013: 58, År 2015: 60, Barn: År 2013: 63, År 2015: 58

I arbetet med framtagande av en behandlingsplan inom psykiatri eller en habiliteringsplan inom habiliteringen betonas aktiv medverkan från patienten. År 2014 började antalet behandlingsplaner följas upp via KVÅ-kod, vilket har fortsatt även under år 2015. Totalt 47% av patienterna hade en registrerad behandlingsplan inom psykiatri, vilket är en rejäl ökning från år 2014 då antalet var 23%. Antalet registrerade habiliteringsplaner var 82% att jämföra med 70% för år 2014. Målet för år 2015 är 80%. Årets mål har således nåtts för habiliteringsplanerna och avsevärt förbättrats för behandlingsplanerna.

Målområde: Tillgänglig hälso- och sjukvård

Både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri har sedan lång tid tillbaka mycket bra resultat gällande tillgänglighet. Båda är i topp i nationella mätningar. Även habiliteringen har bra tillgänglighet, även om den inte är på riktigt samma nivå som psykiatri. 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.

Alla mottagningar inom vuxenpsykiatri klarar vårdgarantins gräns för i stort sett samtliga nybesök. Här får 99,5% av alla nysökande ett besök inom 90 dagar om de inte själva valt att vänta. Inom länsgemensam psykiatri är det något längre väntetider; 90% får ett nybesök inom 90 dagar. Det interna målet om 30% nybesök inom 7 dagar klaras endast av VUP Öst, medan ingen mottagning klarar att ta emot alla nysökande som vill komma inom 30 dagar.

Habiliteringen har fortsatt sitt arbete gällande tillgängligheten och under 2015 har 94% av nybesöken en faktisk väntetid understigande 90 dagar, exklusive patientvald väntan, vilket är en liten försämring sedan föregående år. Däremot har 36% av patienterna fått en tid inom 30 dagar, att jämföra med 29% år 2014. 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 ungdomspsykiatri mottagningar får 99,5% ett nybesök inom 90 dagar och 93,2% inom 30 dagar (exklusive MHV/BHV).

Målområde: Ändamålsenlig och säker vård

Det interna målet för direkt patienttid är att minst 50% av öppenvårdspersonalens inom vuxenpsykiatri arbetstid ska gå till direkt patientarbete. För barn- och ungdomspsykiatri och habiliteringen är målet 35% respektive 33%. 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.

Inom ramen för kvalitetsarbetet pågår också ett arbete med att säkerställa att patienter som utsatts för någon tvångsåtgärd under pågående tvångsvård, erbjuds ett uppföljande samtal. Förvaltningens mål är att för minst 90% av tvångsåtgärderna ska patienten ha fått eller erbjudits ett uppföljande samtal. Andelen tvångsåtgärder som följts upp med ett registrerat uppföljningssamtal inom fyra dagar är 60% vilket är en avsevärd ökning jämfört med 31% år 2014. Så gott som samtliga tvångsvårdsinsatser inom PAKA och PIVA följs upp via ett samtal med överläkare dagen efter. Alla dessa samtal är däremot inte korrekt kodade. Ett annat viktigt område är att kontakta nyinskrivna patienters anhöriga inom ett dygn, med patientens medgivande. År 2014 kontaktades 50% av de anhöriga inom ett dygn, vilket har ökat till 52% 2015 men som ändå inte når målet om 90%.

Målområde: Engagerade medarbetare och goda utvecklingsmöjligheter

Samtliga chefer inom förvaltningen har kompetensförsörjningsplaner för sina verksamheter och uppfyller därmed målet på 100%. Vad gäller andelen tillsvidareanställda som medverkar i medarbetarsamtal (87,9%) och som har individuella dokumenterade utvecklingsplaner (88,1%) når nästan målet på 95%. Läkarsituationen i förvaltningen är mycket bekymmersam. Vakansläget ligger för närvarande på ca 50% inom vuxenpsykiatri och 30% vakansläge inom habiliteringen. Barn- och ungdomspsykiatri har i stort sett bemanning med överläkare enligt budget. Målet att kontinuerligt ha 10 ST-läkare anställda har nåtts då tre nya rekryteringar lett till 11 anställda ST-läkare. Målet att rekrytera minst 12 överläkare under perioden 2013-2016 förväntas inte nås även om 3 nya rekryteringar gjorts under året.

Målområde: En stabil ekonomi för hållbar kostnadsutveckling

Förvaltningen klarar budget på förvaltningsnivå. Det finns basenheter som inte klarar hålla sin budget och det beror till största delen på att de är beroende av hyrläkare för att klara verksamheten. Intäkter på central nivå bestående av statsbidrag gör att förvaltningen ändå klarar hålla budgeten. Förvaltningen klarar målet för nettokostnadsutvecklingen men klarar inte riktigt målet med personalkostnadsutvecklingen vilket beror på att hyrläkarkostnaderna har stigit jämfört med 2014. Förvaltningen klarar inte målet för att använda rätt läkemedel.

Måluppfyllelse

Sammanfattningsvis kan sägas att förvaltningen har en god måluppfyllelse där 13 mål har nåtts, 12 mål delvis nåtts och 8 mål inte nåtts 2015. Sedan finns det 10 mål som inte berör förvaltningen.

7.2 Framåtblick – möjligheter och risker

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Inom barn- och ungdomspsykiatri är ett stort dilemma att klara den ökade efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar och samtidigt kunna erbjuda en bra och tillräckligt omfattande behandling för barn och unga med psykiatriska svårigheter. Många föräldrar ställer frågan om deras barn har ADHD, då de har svårt att klara skolan. Detta i sin tur beror på att skolan alltmer ställer krav på eleverna att klara att styra sig själva och klara detta i ganska tidig ålder, när man förr fick en mer handfast styrning och struktur att luta sig emot som skolbarn.

En möjlighet är att satsa på utvecklandet av en ”första linje”-verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett projekt har pågått under 2013-2015 på Kallinge vårdcentral för att utveckla första linjen för barn och unga. Om denna verksamhet permanentas och byggs ut till att omfatta alla länets kommuner, skulle BUP kunna lägga mer kraft, energi och resurser på de barn och unga med de största svårigheterna.

Den psykiska ohälsan i Blekinge märks tydligt genom tillströmning av unga människor med komplex problematik och med stort behov av stöd från flera olika aktörer. Ungdomar som ofta blir föremål för åtgärder inom Socialtjänsten och där deras psykiatriska svårigheter riskerar att komma i skymundan. Härtill bidrar också att dessa ofta inte har så stor motivation och uthållighet att komma till BUP, men där vi från BUP borde utveckla och lägga mer energi på att försöka nå dessa.

Den stora flyktingströmmen till Sverige och Blekinge under föregående år har gjort att många ensamkommande barn har behövt insatser från BUP och att patientantalet har ökat kraftigt. Utredning om behov av anpassade insatser och resursbehov för denna grupp kommer att genomföras under våren 2016.

Habiliteringen

Andelen i befolkningen som kan vara aktuella för en kontakt med habiliteringen ökar med varje årskull och det krävs därför ytterligare resurser för att tillgodose behovet av habilitering för vuxna. Samtidigt innebär samhällets ökande komplexitet att fler och fler personer är i behov av stöd i relation till sin vardag och att detta stöd blir allt mer omfattande. Behovet av diagnostisering och sysselsättning upplevs ha ökat och gränserna för att få ett arbete har successivt flyttats vilket gör att habiliteringen får allt fler frågeställningar om patienternas arbetsförmåga. En annan utmaning är att ge habiliteringens patientgrupper adekvat somatisk behandling då funktionshindrade personer inte hanteras jämlikt inom den somatiska vården.

Idag förväntas patienten alltmer själv ta ansvar för sina vårdkontakter genom t ex internetbokning. Patienter med funktionsnedsättning får ofta inte behandling och information med hänsyn tagen till sin kognitiva förmåga. Detta leder både till ”underomsorg” av denna patientgrupp och att de ”överkonsumerar” vård på olika vårdenheter. Detta är en fråga som behöver belysas i hela landstinget särskilt nu när ny patientlag trätt i kraft. Många år med minskad budget har medfört brist av resurser inom vissa områden vilket kommer att påverka verksamheten under år 2016 och framöver.

Habiliteringen har under 2015 haft ett flertal vakanser i olika yrkesgrupper vilket har inneburit en brist i kontinuitet för patienten men även en hård arbetsbelastning för medarbetarna. Personal har slutat av olika anledningar och nya medarbetare har rekryterats. Det har funnits och finns fortfarande en brist i vissa yrkesgrupper som till exempel psykologer. Det krävs särskild kompetens och erfarenhet av habilitering för att arbeta med personer med funktionsnedsättning och vissa yrkesgrupper är svårrekryterade som t ex läkare, psykologer och logopedier. Detta är inte ett problem endast i Blekinge utan ett stort nationellt problem. För att framgångsrikt kunna rekrytera är det viktigt med god kompetensutveckling och ett konkurrenskraftigt löneläge.

2015 års stora flyktingström har medfört att patientantalet har ökat kraftigt från år 2010 till år 2015. Barn som kommer från ett land i krig behöver få en stabil vardag innan det går att utreda eventuella psykiska funktionsnedsättningar. De nyanlända med fysiska funktionsnedsättningar som Habiliteringen kommer i kontakt med saknar ofta basala hjälpmedel och den första tiden innebär utprovning och förskrivning av rullstol etc. För teamen är arbetet resurskrävande och måste utföras med hjälp av tolk och ofta finns inte tolk att tillgå. Resursförstärkning krävs för att klara denna nya patientgrupp.

Vuxenpsykiatri

Vuxenpsykiatri kommer att fortsätta att utveckla arbetet som påbörjades under föregående år med mer resurser i öppenvården, färre vårdplatser, skapande av dagpsykiatri samt ett akut- och rådgivningsteam. Mer samverkan både inom och utanför förvaltningen ger goda effekter för både personal och patienter. Framtidens vuxenpsykiatri kommer att arbeta mer med pedagogiska metoder för att hantera affekter, vara i relation med andra och förändra livsstil, systematisk träning för symtomhantering och intensifierat anhörigarbete.

Verksamhetens och patienternas största problem de närmaste åren är bristen på kontinuitet i överläkarfunktionerna. Med brist i kontinuitet i överläkarfunktionerna följer problem med arbetsmiljö, behandling och ekonomi. Arbetet pågår med att motivera hyrläkarna att övergå till tillsvidare tjänster parallellt med utlandsrekrytering och utökade anställningar av ST-läkare. För att göra läkarnas arbetsmiljö och anställningsvillkor mer attraktiva deltar förvaltningen i SKLs projekt Läkarbemanning oberoende av hyrläkare med målsättningen att fasa ut hyrläkarna till hösten 2017.

Vuxenpsykiatri är inne i en period med pensionsavgångar bland skötare och specialistutbildade sjuksköterskor och det är därför viktigt att lägga fokus på en genomtänkt och långsiktig rekryteringsprocess. Det blir en utmaning att ge nyrekryterad personal tillräcklig utbildning och klinisk erfarenhet för att klara arbetet på ett bra sätt. Att rekrytera steg 2-kompetent personal förväntas bli extra svårt och behov av förtidsrekrytering är stor men för detta saknas resurser. Trots personalomsättning och sjukdom har produktionen ökat.

Psykologbristen gör att köerna till fördjupade utredningar har växt och att behandlingskompetens saknas. Genom att arbeta med utredningsprocessens flöde och ta hjälp av andra professioner skulle utredningstiderna kunna förkortas. Vuxenpsykiatri har under de kommande två åren fått

särskilda budgetmedel för att förkorta kötiden fördjupade utredningar för vuxna. Målsättningen är att halvera kön 2016.

En annan utmaning är att ge psykiatrins patientgrupper adekvat somatisk behandling. Personer med psykiatriska diagnoser hanteras inte jämlikt inom den somatiska vården. Att utveckla det metabola arbetet parallellt med hälsofrämjande åtgärder är viktigt men kräver utökade resurser men också nytt förhållningssätt och ökade insatser från den somatiska vården. Utmaningen för sjukvården generellt är att genom professionellt arbete med motivation stärka patienterna i att utveckla goda levnadsvanor och bryta destruktiva mönster. Kurser, intensivt stöd för att verkligen få en förändring av de destruktiva levnadsvanorna måste utvecklas på en helt ny nivå. För förvaltningens patientgrupper krävs särskilda insatser.

Beläggningsgraden inom heldygnsvården i Öst (avd 28 och PIVA/PAKA) har varit alltför hög under hösten 2015 och platserna varit hårt prioriterade. Det ökade behovet av heldygnsvård håller på att utredas för att se om fler platser behöver inrättas. En utmaning blir att med nuvarande lokaler och personal öka platserna på befintliga avdelningar utan försämrade vårdmiljö med längre vårdtider och bristfällig övervakning.

Knappa resurser och brist på psykiatrikompetenser inom primärvården (första linjen) kan innebära att psykiatri successivt 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. En revidering av samverkansavtalet mellan primärvården och vuxenpsykiatri ska göras under 2016.

Den planerade flytten av vuxenpsykiatrins mottagning i Karlshamn till sjukhusområdet, utbyggnaden av lokaler i Olofström samt anläggandet av en rehabiliteringsträdgård i Sölvesborg förväntas bli klara under det kommande året. Implementering av projektet Kultur- och Hälsa i ordinarie verksamhet i mellanvården genomfördes under hösten och kommer att utvecklas ytterligare med ett nytt FINSAM-projekt för unga vuxna som startar 2016.

Inom Läns-gemensam psykiatri ska ett arbete påbörjas med att tydliggöra uppdraget för respektive enhet för att kunna utveckla och bedriva verksamheten målinriktat. Bemanningen och kompetensen på enheterna måste sedan anpassas efter uppdraget. En utmaning för läns-gemensam psykiatri är också att fortsätta arbetet med att förbättra samverkan med andra basenheter och andra vård-givare.

Då antalet patienter till beroendeverksamheten ökat kraftigt de senaste åren finns problem med underbemanning och trånga lokaler. För att analysera bristerna har en riskanalys gjorts på beroendeenheten och PIVA/PAKA. I riskanalysen föreslås ett antal åtgärder som nu måste göras för att säkra arbetsmiljön och patientsäkerheten. Det handlar bl.a. om större lokaler, att skapa möjlighet till utemiljö för patienterna och att förebygga hot & våld. Nämnden har också fått ett direktiv i landningsplanen att under 2016 ta fram en strategi och förslag till organisation för en fortsatt utveckling av beroendeverksamheten.

Resursbehov

Många år med minskad budget har medfört brist av resurser inom vissa områden. Inför budgetarbetet 2016 äskade därför nämnden för Psykiatri- och habilitering budgetförstärkning till behandlingspersonal läkemedels- & dopningsmedelsmissbruk, till dietister för behandling av undernäring och ätstörning, till psykologer för fördjupade psykiatriska utredningar för barn och vuxna, till logopedier till grundläggande insatser för kommunikation, till arbetsterapeuter för förskrivning

kognitiva hjälpmedel, till insatser till sjukdomsförebyggande arbete psykospatienter, till sjuksköterskor för behandling och uppföljning av läkemedelsbehandling samt specialpedagog för insatser till vuxna med Aspergers syndrom, totalt 12,7 mnkr 2016.

En mindre del av äskandet har tillgodosetts genom budgettillskott till fördjupade psykiatriska utredningar för barn och vuxna, 2 mnkr 2016 och budgetmedel till en dietist för behandling av undernäring och ätstörning 2016 och ytterligare en tjänst 2017.

Konsekvenserna av den uteblivna budgetförstärkningen är att förvaltningen även fortsättningsvis inte kan leva upp till kraven inom vissa områden och att de anställdas arbetsmiljö inte alltid kan säkerställas. För att klara ökade volymer och nya patientgrupper med små eller inga resurstillskott måste psykiatri- och habiliteringsförvaltningen fortsätta att utveckla och effektivisera verksamheten med nytänkande kring organisation, utrednings- och behandlingsstrategier samt lokalisering av verksamheten.

8 Internkontroll

Utanordning av lön

Kontroll gjordes på maj månad och resultatet var att 39 av 40 utanordningslistor var signerade. Kontrollen på att utanordningslistorna ska vara signerade av behörig chef ska göras en gång per år. Kontrollen har gjorts genom stickprov där enhetens controller har säkerställt att listan har signerats av behörig chef. Utanordningslistor för maj månad är granskade. Totalt 40 st. utanordningslistor. 39 st. signerade (97,5%) och 1 st. osignerade (2,5%).

Bisysslor

Förvaltningen följer de rutiner som finns för bisysslor. Detta innebär att cheferna vid nyanställning samt i de årliga medarbetarsamtalen tar upp frågan om bisyssla. Om bisyssla förekommer fylls blankett i och skickas för yttrande till verksamhetschef som sedan skickar den för beslut till förvaltningschef. Förteckning över godkända och avslagna bisysslor finns på förvaltningen. Förvaltningen har 17 stycken som ansökt och fått godkänt angående bisysslor. Lista finns i pärmen för internkontroll.

Inköp/avtal

Granskning om förvaltningen följer de ingångna avtal enligt landstingets upphandlingspolicy har inte kunnat göras då systemstöd inte finns för att kunna göra detta.

Sekretessfakturer

Kontroll är gjord med hjälp av stickprov på fakturer där patientuppgifter kan finnas. Samtliga stickprov visade att sekretessen var godkänd. Lista finns i internkontrollpärmen.

Politiskt fattade beslut

Alla beslut som är fattade i nämnden för psykiatri och habilitering är verkställda inom avsedd tid. De beslut som är fattade finns i nämndens protokoll. Beslut fattade i LS delges förvaltningen via förvaltningschefen.

Avvikelsehantering

Samtliga basenheter har rutiner för avvikelsehantering. Avvikelser av vikt tas upp på APT och BSG. Avvikelseystemet används för att arbeta med förbättringar gällande patientsäkerhet och för att förhindra vårdskador. Enheterna har ett kontinuerligt pågående patientsäkerhetsarbete med genomgång av avvikelser och förbättring av rutiner.

Arbetsmiljö

Uppföljning av SAM psykiatri och habiliteringsförvaltningen 2015 har gjorts och presenterats på FSG. Lista finns i internkontrollpärmen.

Inhyrd personal

För ungefär ett år sedan bildades beställningsenheten som sköter hela processen rörande beställningar av inhyrd personal. Där finns tre personer som tar emot verksamhetens beställningar, kvalitetsgranskar dem och skickar ut till avtalsleverantörerna. Sedan i höstas hanterar de även de direktupphandlingar som behöver gå vidare till icke-avtalsleverantörer och säkerställer att det är godkända leverantörer som används. I och med denna så kvalitetssäkras hela processen från beställning till faktura. Denna enhet granskar fakturorna som kommer och ser till att de stämmer enligt gällande beställning och att signerad tidrapport är bifogad fakturan.

Bilaga 1

Sammanfattning av Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens kvalitetsindikatorer 2015

Beslutade indikatorer samt resultat för år 2013- 2015.

Då mätperioden år 2015 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: Upprättade vårdprogram för minst 7 diagnosgrupper finns.

Resultat år 2015:

Målet ej uppfyllt. Antal fastställda vårdprogram är sex stycken.

Uppföljning av vårdprogram – indikator 1:2

Målsättning: Varje verksamhet ska minst en gång/år ha en genomgång av aktuella vårdprogram med personalen.

Syfte: Vårdprogrammen ska kännas aktuellt och dess intention ska vara förankrad i arbetsgruppen

Kvalitetsmått: Varje basenhet ska gå igenom minst 3 aktuella vårdprogram med personalen varje år

Resultat år 2015:

Målet ej uppfyllt.

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 (KVÅ AU118)?

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

Resultat år 2014:

Kartläggning: 32%

Inom vuxenpsykiatri var 548 individer nysökande, varav 178 genomgått en strukturerad suicidriskbedömning som var kodad med KVÅ-kod AU118

Resultat år 2015:

- Vuxenpsykiatri

Kartläggning: 54%

Inom vuxenpsykiatri var 551 individer nysökande, varav 299 genomgått en strukturerad suicidriskbedömning som var kodad med KVÅ-kod AU118

- BUP

Kartläggning: 16%

Inom BUP var 221 individer nysökande, varav 36 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 2014:

Kartläggning:

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

Andelen patienter som haft somatisk undersökning

	Vuxna	Barn/unga
	%	%
Ingen AV019	52%	35%
0-28 dgr	24%	56%
29 dgr - w	24%	9%
TOTALT	100%	100%

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

Resultat år 2015:

Kartläggning:

- Vuxna: för 64% av vårdtagandena med ätstörningsdiagnos har en somatisk undersökning, AV019, genomförts och kodats.
- Barn- och ungdomar: för 67% av vårdtagandena med ätstörningsdiagnos har en somatisk undersökning, AV019, genomförts och kodats

Andelen patienter som haft somatisk undersökning

	Vuxna	Barn/unga
	%	%
Ingen AV019	36%	33%
0-28 dgr	23%	54%
29 dgr - w	41%	13%
TOTALT	100%	100%

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

Kontakt med anhöriga – indikator 1:5 (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.

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

Resultat 2014:

Målet är ej uppfyllt. För 2014¹ kontaktades 53% av de nyinskrivnas anhöriga inom 1 dygn.

Resultat 2015:

Målet är ej uppfyllt. För 2015² kontaktades 52% av de nyinskrivnas anhöriga inom 1 dygn.

Andelen vtf relaterar till alla de vtf där det varit aktuellt att ta kontakt med närstående. De vtf där det ej varit aktuellt att ta kontakt med närstående är borttaget från databasen, t.ex patienter som inte har några anhöriga eller där anhöriga har avböjt en sådan kontakt.

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

¹ Mätperiod juli 2014- december 2014.

² Mätperiod januari – juni 2015.

Närståendesamtal – indikator 1:6

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 2014:

För 2014³ genomfördes det närståendesamtal för 24% av de nyinskrivna inom 3 dygn. Därutöver genomfördes det närståendesamtal via telefon för 8% av de nyinskrivna.

Resultat 2015:

För 2015⁴ genomfördes det närståendesamtal för 26% av de nyinskrivna inom 3 dygn. Därutöver genomfördes det närståendesamtal via telefon för 2% av de nyinskrivna.

Andelen vtf (vårdtillfällen) relaterar till alla de vtf där det varit aktuellt att ha samtal med närstående. De vtf där det ej varit aktuellt att ha samtal med närstående är borttaget från databasen, t.ex patienter som inte har några närstående eller där närstående har avböjt ett sådant samtal.

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

³ Mätperiod juli-december 2014.

⁴ Mätperiod januari – juni 2015.

Kvalitetsområde 2: Säker vård

Uppföljning efter slutenvård – indikator 2:1

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

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

Kvalitetsmått:

- 80% av avslutade vårdtillfällen (exkl. asyl och utomlänspatienter) ska ha ett uppföljande besök inom öppen vård inom mätperioden 2013 – januari 2016*

- 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*	2013-2015*
Vuxenpsykiatri	- Besök inom mätområdet	70%	73%	76%	76%	76%
	- Besök inom 4 veckor	54%	60%	65%	65%	66%
BUP	- Besök inom mätområdet	93%	96%	98%	95%	92%
	- Besök inom 4 veckor	84%	91%	91%	80%	79%

* under mätperioden 2009-2011 och 2010-2012 kontrollerades besök t.o.m. mars året efter.

under mätperioden 2011-2013, 2012-2014 och 2013-2015 kontrollerades besök t.o.m. mitten på januari året efter.

Pågående arbete:

Inom hela psykiatrien diskuteras vikten av att erbjuda patienter en tid för ett uppföljande öppenvårdsbesök redan vid utskrivningen⁵. 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.

En del patienter får tiden till uppföljningsbesöket i samband med utskrivningen. Andra patienter har en bokad tid sedan tidigare. Det har visat sig att i princip samtliga patienter som får en tid i samband med utskrivningen, får denna tid inom 4 veckor⁶ från utskrivningsdatumet. Det behövs fortsatta undersökningar för att kunna förstå vad som medför att tiden mellan utskrivningen och uppföljningsbesöket för vissa patienter blir längre än 4 veckor.

⁵ Se indikator 2:3 ”Erbjudande om uppföljande besök”

⁶ Från kartläggningen ”Uppföljning av vtf 2014-2015”

Uppföljning efter slutenvård, specifika diagnosgrupper – indikator 2:2

Målsättning: Patienter som vårdats inom vuxenpsykiatrins 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 2015:

- 90% av alla avslutade vårdtillfällen med schizofreni, 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*	2013-2015*
Schizofreni	55%	66%	67%	67%	62%
Bipolär	63%	66%	70%	72%	75%
Depression	73%	71%	77%	77%	81%

* under mätperioden 2009-2011 och 2010-2012 kontrollerades besök t.o.m. mars året efter.
under mätperioden 2011-2013, 2012-2014 och 2013-2015 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 2014⁷:

Det planerades en uppföljning inom psykiatri för 64% av patienterna under 2014. Av de som tackade ja till erbjudandet fick 57% en tid vid utskrivningen, 16% hade en inplanerad tid sedan tidigare.

Resultat 2015⁸

Det planerades en uppföljning inom psykiatri för 64% av patienterna under 2015. Av de som tackade ja till erbjudandet fick 58% en tid vid utskrivningen, 15% hade en inplanerad tid sedan tidigare.

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

Andelen patienter relaterar till alla de vtf där det varit aktuellt att ha uppföljande besök. De vtf där det ej varit aktuellt att ha uppföljande besök är borttaget från databasen, t.ex patienter som normalt vistas på olika boende och behandlingshem eller där patienten har avböjt uppföljande kontakt med psykiatrins öppenvård.

⁷ Mätperiod juli-december 2014.

⁸ Mätperiod januari – juni 2015.

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 uppfyllt

60% av tvångsvårdsinsatserna är uppföljda med samtal inom 4 dagar med rätt registrering, en ökning med 29% sedan föregående år. Vid en manuell genomgång år 2014 visade det sig 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 korrekt kodade. Det finns anledning att tro att detta även gäller år 2015. En del patienter är heller inte av olika somatiska eller psykiska orsaker i skick att klara ett uppföljande samtal.

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

Habilitering:

- PUK-värdet för indikatorn Bemötande ska uppgå till minst 85, Förtroende, Upplevd nytta och Delaktighet ska uppgå till minst 75 samt Information till minst 70
- PUK-värdet för frågan om hur den enskilda patienten värderar sin vård/behandling ska öka (både öppen och sluten vård)

Mål:

Bemötande – lägst 85

Förtroende – lägst 75.

Upplevd Nyttan – lägst 75.

Delaktighet – lägst 75.

Information – lägst 70.

Resultat:

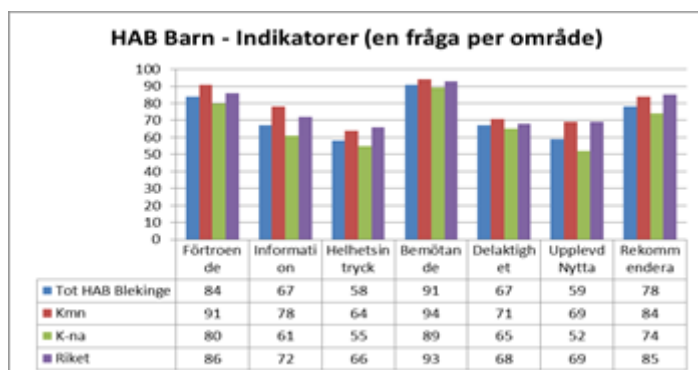
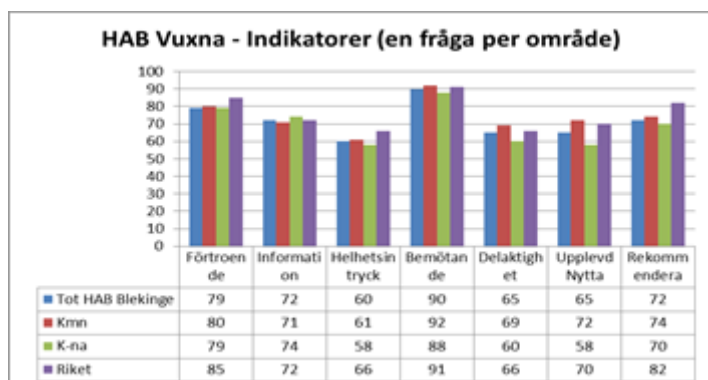
Målet nås för både vuxna och barn/målsman (90 respektive 91)

Målet nås för både vuxna och barn/målsman (79 respektive 84).

Målet nås varken för vuxna eller barn/målsman (65 respektive 59)

Målet nås varken för vuxna eller barn/målsman (65 respektive 67)

Målet nås för vuxna men inte för barn/målsman (72 respektive 67)



Resultat för frågan om hur vården värderas:

Målet nåddes för vuxna men inte för barn/målsman:

- Vuxna: År 2013: 58, År 2015: 60
- Barn: År 2013: 63, År 2015: 58

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 2013 - 2015: Andel uteblivanden utifrån antalet bokade besök

	2013 (reviderad)	2014 (reviderad)	2015
VUP Öst	3,9%	3,1%	3,6%
VUP Väst	5,1%	5,0%	4,8%
Länsgemensamma	3,1%	2,9%	1,6%
BUP	7,5%	9,0%	5,8%
HAB	6,8%	5,1%	4,5%
TOTALT FÖRVALTN	5,0%	4,7%	4,1%

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 2015:

Målet är nått för habiliteringen men inte för psykiatrin

Psykiatrin: 47% (23% år 2014)

Habiliteringen: 82 % (70% år 2014)

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. Aktiviteter kring behandlings-/habiliteringsplan finns med i förvaltnings handlingsplan för år 2016.

Kvalitetsområde 4: Effektiv vård

Återinskrivning – indikator 4:1

Målsättning: Få återinskrivningar inom slutenvården inom 90 dagar

Frågeställning: 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 2013-2015 kommer att pågå till och med mitten av januari istället för mars. Anledningen är att redovisningen ska ske i samband med årsbokslutet. Påverkan av förändringen bedöms vara tämligen marginell.

Resultat:

Målet om max 25% inom 3 månader uppfyllt för BUP men inte för vuxenpsykiatrin. Målet om max 10% inom 28 dagar inte uppfyllt

Vuxenpsykiatrin

	Mätperiod 2010-2012	Mätperiod 2011-2013	Mätperiod 2012-2014	Mätperiod 2013-2015
Max 25% återinskrivning inom 3 månader	33%	33%	33%	33%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	19%	20%	21%	20%

BUP

	Mätperiod 2010-2012	Mätperiod 2011-2013	Mätperiod 2012-2014	Mätperiod 2013-2015
Max 25% återinskrivning inom 3 månader	16%	13%	17%	22%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	7%	3%	7%	11%

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

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

Kvalitetsmått:

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:

Måttet gällande återinskrivningar inom 3 månader kommer inte fullt ut att kunna mätas då mätperioden för 2013-2015 kommer att pågå till och med mitten av januari istället för mars. Anledningen är att redovisningen ska 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 övriga (utom Depression inom 3 månader som är som föregående år)

Vuxenpsykiatri

	Diagnos	Mätperiod 2010-2012	Mätperiod 2011-2013	Mätperiod 2012-2014	Mätperiod 2013-2015
Max 30% återinskrivning inom 3 mån	Schizofreni	40%	42%	39%	35%
Max 30% återinskrivning inom 3 mån	Bipolär sjukdom	38%	37%	38%	37%
Max 15% återinskrivning inom 3 mån	Depression	23%	20%	18%	19%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	Schizofreni	24%	27%	24%	22%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	Bipolär sjukdom	23%	22%	25%	24%
Max 10% återinskrivning inom 28 dagar	Depression	12%	10%	9%	10%

Kvalitetsområde 5: Jämlik vård

Patientupplevelse – indikator 5:1

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

Könsskillnader finns för vissa indikatorer

Indikator	Resultat			
	Män	Kvinnor	Pojkar	Flickor
Bemötande	90	90	93	88
Förtroende	79	79	86	81
Upplevd Nytt	73	71	57	61
Delaktighet	62	68	68	65
Information	77	67	70	63
Helhetsintryck	61	58	57	59
Medelvärde	74	72	72	70

Kvalitetsområde 6: Vård i rimlig tid

Första besök till psykiatri och habiliteringen inom 30 dagar respektive 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:

2015: 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 har fått ett nybesök inom 30 dagar. Målet ej helt uppfyllt
Habiliteringen: 36% av patienterna fått ett nybesök inom 30 dagar. Målet är ej uppfyllt

Besök inom 7 dagar:

Psykiatri: 33% av patienterna fått ett nybesök inom 7 dagar. Målet är uppfyllt

Faktisk väntetid – d.v.s. genomfört nybesök under år 2015. EXKL patientvald väntan			
	Max 7 dgr %	Max 30 dgr %	Max 90 dgr %
VUP Öst	44%	87%	99,5%
VUP Väst	28%	82%	99,5%
LGP	3%	53%	90%
BUP	16%	88%*)	99,5%
Totalt psykiatri	25%	83%	98%
Hab	1%	36%	94%
Totalt Hab	1%	36%	94%
Totalt förv	23%	78%	98%

*) 93,2% exkl MHV/BHV som inte har det nationellt satta kravet på nybesök inom 30 dagar

Bilaga 2

PSYKIATRI- OCH HABILITERINGSFÖRVALTNINGEN					
PSYKIATRIN					
	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015
Vuxenpsykiatri inkl Länsgemensam psykiatri					
Antal vård dagar	22 567	19 307	19 103	14 362	13 415
Öppenvårdsbesök	55 529	59 101	60 638	65 500	72 557
- varav nybesök	1 992	1 971	2 064	2 087	2 421
Övriga vårdkontakter	1 257	1 886	1 899	1 242	909
Barn- och ungdomspsykiatri					
Antal vård dagar	209	195	263	358	334
Öppenvårdsbesök	11150	11308	11865	11926	13566
- varav nybesök	1 167	1 214	1 244	1 273	1 290
Övriga vårdkontakter	110	104	96	60	99
Skarven					
Mottagningsbesök	636				
- varav nybesök	74				
TOTALT PSYKIATRI					
Slutenvård:					
Fastställda vårdplatser 31/12	66	66	66	46	46
Totalt slutenvård, vård dagar	22 776	19 502	19 366	14 720	13 749
Totalt antal avslutade vårdtillfällen	1358	1414	1452	1336	1139
Öppenvård					
Totalt antal öppenvårdsbesök	67 315	70 409	72 503	77 426	86 123
- varav nybesök					
Totalt prestationsbesök	78 221	78 107	83 134	88 357	97 814
Övriga vårdkontakter	1 367	1 990	1 995	1 302	1 008
Totalt öppenvård (besök o vårdkontakt)	68 682	72 399	74 498	78 728	87 131
Totalt öppenvård (prestationsbesök och vårdkontakter)	79 588	80 097	85 129	89 659	98 822
HABILITERINGEN					
	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015
Öppenvårdsbesök	8424	7522	7617	7902	7682
- varav nybesök	308	287	330	268	307
Totalt prestationsbesök	12 183	10 973	11 627	12 341	11 646
Övriga vårdkontakter				20	428

PSYKIATRIN I BLEKINGE

	2011	2012	2013	2014	2015
VUXENPSYKIATRI					
Karlskrona					
Fastställda vårdplatser, avd 28	14	14	14	14	14
Fastställda vårdplatser, avd 29	14 a)	14	14	14/0 g)	
Vård dagar, avd 28	4 840	4 505	4 310	4 181	4 787
Vård dagar, avd 29	4 740	4 176	4 942	900	
Vårdtillfällen, avd 28	239	274	261	261	206
Vårdtillfällen, avd 29	195	198	228	72	
Belägg.n.procent (vårdgr) avd 28	95	88	84	82	94
Belägg.n.procent (vårdgr) avd 29	93	82	97	71	
Tot antal besök	21180	20 625	19973	22061	24085
- varav mottagning	11 669	10 791	11 269	12 258	12 822
- varav mellanvård	9 521	9 834	8 704	9 803	11 263
Antal nybesök	659	603	522	548	501
Övriga vårdkontakter	449	386	327	260	222
Ronneby					
Tot antal besök	10709	9587	9544	9437	11600
- varav mottagning	5 797	3 219	3 730	3 489	4 541
- varav mellanvård	4912	6368	5814	5948	7059
- varav nybesök	223	168	211	212	337
Övriga vårdkontakter	186	201	163	211	103
Karlshamn					
Fastställda vårdplatser	18 a)	18	18 *)	18/12 h)	12
Vård dagar	5 655	5 691	4 858	4 250	3 626
Vårdtillfällen	289	275	311	228	252
Belägg.n.proc (vårdgr)	91	91	74 *)	86	83
Tot antal besök	11092	11307	15573 f)	18593	20177
- varav mottagning	8 035	7 807	7 486	8 406	8 778
- varav mellanvård	3057	3500	8087	10189	11399
- varav nybesök	315	262	274	331	570
Övriga vårdkontakter	122	135	700	232	85
Sölvesborg/Olofström					
Tot antal besök	6537	9891	6718 f)	6484	6484
- varav mottagning	6537	6184	6718	6484	6484
- varav mellanvård		3707			
- varav nybesök	255	300	338	244	244
Övriga vårdkontakter	122	848	123	107	107

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

	2011	2012	2013	2014	2015
Psykakuten (PAKA)					
Fastställda vårdplatser	10/6 e)	6	6	6	6
Vård dagar	2 110	1 632	1 682	1 601	1 696
Vårdtillfällen	623	619	590	597	468
Belägg.n.procent (vårdgr)	81	75	77	73	77
Tot antal besök	1576	2293	2309	2112	1982
- varav nybesök	325	445	491	524	554
Övriga vårdkontakter	198	170	248	314	277
Psyk intensiv (PIVA)					
Fastställda vårdplatser	4 e)	4	4	4	4
Vård dagar	669	999	950	893	964
Vårdtillfällen	38	31	44	39	28
Belägg.n.procent (vårdgr)	69	68	65	61	66
Beroende					
Fastställda vårdplatser	6/8 b)	8	8	8	8
Vård dagar	2219	2304	2361	2537	2342
Vårdtillfällen	398	486	459	432	452
Belägg.n.procent (vårdgr)	85	79	81	87	80
Tot antal besök	1478	2064	3421	3619	4350
- varav nybesök	2	4	21	21	22
Övriga vårdkontakter	18	0	1	6	35
Äldrepsykiatri					
Fastställda vårdplatser	10/0 c)				
Vårdtid	2 395				
Vård dagar	2 334				
Vårdtillfällen	75				
Belägg.n.procent (vårdgr)	70				
Tot antal besök	852	1065	904	1212	1562
- varav nybesök	112	131	97	122	107
Övriga vårdkontakter	64	104	304	71	30
Ätstörningar					
Tot antal besök	1842	2025	1841	1618	1920
- varav nybesök	46	12	28	21	18
Övriga vårdkontakter	98	42	33	41	50
Sexologiska verksamheten					
Tot antal besök	263	244	355	364	397
- varav nybesök	55	46	82	64	68

	2011	2012	2013	2014	2015
BARN- OCH UNGDOMSPSYK					
BUP, Öst					
Fastställda vårdplatser	4/2 d)	2	2	2	2
Vård dagar	209	195	263	358	334
Vårdtillfällen	32	37	48	57	40
Beläggn.procent (vårdgr)	27	38	51	69	64
Tot antal besök	6642	6378	6396	6003	7500
- varav mottagning	5 330	5 219	5 299	4 873	6 417
- varav mellanvård	760	538	554	559	507
- varav MHV/ BHV	552	621	543	571	576
- varav nybesök	698	731	720	727	753
Övriga vårdkontakter	73	51	70	34	66
BUP, K-hamn					
Tot antal besök	4508	4930	5469	5923	6066
- varav mottagning	2 919	3 293	3 608	3 946	4 772
- varav mellanvård	967	1 041	1 135	1 206	545
- varav MHV/ BHV	622	596	726	771	749
- varav nybesök	469	483	524	546	537
Övriga vårdkontakter	37	53	26	26	33
Skarven					
Tot antal besök	636				
- varav nybesök	74				
	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	2015
HABILITERINGEN					
Hab Karlskrona					
Öppenvårdsbesök	4436	3731	3830	3995	3835
- varav nybesök	153	150	193	160	172
Övriga vårdkontakter				10	328
Hab Karlshamn					
Öppenvårdsbesök	3988	3791	3787	3907	3847
- varav nybesök	155	137	137	108	135
Övriga vårdkontakter				10	100

PSYKIATRISK VÅRD UTANFÖR LÄNET:

	Vård dagar				
	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015
Regionvård (LRV)	4 687	4 876	5 082	4 864	3 367
Regionvård (LPT)	505	0	0	0	0
Utomlänsvård	848	1257	1341	1913	2684
Totalt	6 040	6 133	6 423	6 777	6 051

	Vårdkostnader				
	År 2011	År 2012	År 2013	År 2014	År 2015
Regionvård (LRV)	29 249 070	30 352 580	30 521 215	31 517 229	26 147 866
Regionvård (LPT-vård*)	3 396 988	362 147	191 543	365 703	373 732
Utomlänsvård (inkl öppenvård)	3 720 889	4 951 444	6 736 096	8 268 805	11 352 394
Totalt	36 366 947	35 666 171	37 448 854	40 151 737	37 873 992

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

a) 14 resp 18 pl fr.o.m jan 2011

b) 8 pl fr.o.m juni 2011

c) avd 1 ej kvar efter nov 2011

d) 2pl fr juli 2011

e) PAKA 6 pl o PIVA 4 pl fr juni 2011

f) Hela mv väst ingår i Kmn siffror fr 2013

g) avd 29 ej kvar efter mars 2014

h) 12 pl fr april 2014

Definitioner enligt Socialstyrelsen:

1) Vårdtid: Skillnaden mellan ut- och inskrivningsdatum, inkl pemsiondagar 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
 Ingick innan 2007 i antalet besök

Bilaga 3

Personlrapport per personalgrupp

källa: QlikView

Organisation: Psykiatri och habilitering

Utförd arbetstid inkl övertid, mertid och timanställningar i årsarbetare perioden jan-dec 2015 jämfört med jan-dec 2014

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	8,6	8,3	17,0	13,0	8,4	21,4	4,3	0,0	4,4
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	9,4	0,8	10,1	11,5	1,5	13,0	2,2	0,7	2,9
1.3 Medicinska sekreterare	30,9	1,0	31,8	29,3	0,9	30,2	-1,6	-0,1	-1,6
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	8,3	6,6	14,9	8,0	9,0	17,0	-0,3	2,4	2,2
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	10,2	6,9	17,1	8,9	4,9	13,8	-1,4	-2,0	-3,3
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	29,7	9,7	39,4	28,7	6,6	35,3	-1,0	-3,1	-4,1
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	70,5	25,7	96,2	74,3	23,6	98,0	3,8	-2,1	1,7
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	81,9	42,7	124,6	80,3	43,1	123,4	-1,6	0,4	-1,2
2.6 Vård/omsorg mm: Sjukhustekniker/lab.personal	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,1
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	19,2	0,1	19,3	21,6	0,4	21,9	2,3	0,3	2,6
5.0 Socialt och kurativt arbete	21,7	1,8	23,4	21,4	2,1	23,5	-0,2	0,3	0,1
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	9,7	0,0	9,7	8,3	0,0	8,3	-1,4	0,0	-1,4
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	-0,3	0,0	-0,3
Saknas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total [årsarbetare]	300,5	103,4	403,9	305,2	100,5	405,7	4,7	-2,9	1,8

Övertid i årsarbetare jan-dec 2015 jämfört med jan-dec 2014

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01
1.3 Medicinska sekreterare	0,04	0,00	0,04	0,02	0,00	0,02	-0,02	0,00	-0,02
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	0,04	0,05	0,09	0,01	0,01	0,02	-0,03	-0,04	-0,07
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.	0,30	0,19	0,48	0,50	0,15	0,65	0,21	-0,04	0,17
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	0,26	0,13	0,40	0,21	0,17	0,37	-0,06	0,03	-0,02
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total [årsarbetare]	0,64	0,37	1,01	0,75	0,33	1,08	0,11	-0,04	0,06

Mertid i årsarbetare jan-dec 2015 jämfört med jan-dec 2014

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1.3 Medicinska sekreterare	0,04	0,00	0,04	0,01	0,00	0,01	-0,03	0,00	-0,03
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	-0,01	0,00	0,00
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	0,02	0,00	0,02	0,02	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	0,34	0,19	0,53	0,42	0,16	0,58	0,08	-0,03	0,05
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	0,46	0,31	0,77	0,36	0,33	0,69	-0,10	0,02	-0,08
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,02	0,01	0,03	0,00	0,00	0,01	-0,01	-0,01	-0,02
Total [årsarbetare]	0,89	0,51	1,40	0,84	0,49	1,33	-0,05	-0,02	-0,07

Timavlönade i årsarbetare jan-dec 2015 jämfört med jan-dec 2014

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	0,05	0,00	0,05	0,10	0,00	0,10	0,04	0,00	0,04
1.3 Medicinska sekreterare	0,14	0,00	0,14	0,19	0,00	0,19	0,05	0,00	0,05
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	0,87	0,75	1,62	0,88	0,71	1,59	0,00	-0,03	-0,03
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	0,15	0,06	0,21	0,15	0,00	0,15	0,00	-0,06	-0,06
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	0,05	0,06	0,11	0,10	0,00	0,11	0,06	-0,06	0,00
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	2,91	1,47	4,38	1,86	1,66	3,52	-1,05	0,19	-0,86
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	0,15	0,00	0,15	0,04	0,00	0,04	-0,11	0,00	-0,11
5.0 Socialt och kurativt arbete	0,20	0,00	0,20	0,03	0,00	0,03	-0,16	0,00	-0,16
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	0,02	0,00	0,02	0,05	0,00	0,05	0,03	0,00	0,03
9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete	0,30	0,00	0,30	0,02	0,00	0,02	-0,28	0,00	-0,28
Saknas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total [årsarbetare]	4,85	2,34	7,20	3,42	2,38	5,80	-1,43	0,03	-1,40

Frånvaro i årsarbetare per frånvarohuvudgrupp jan-dec 2015 jämfört med jan-dec 2014

Frånvarogrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
01 Sjukfrånvaro	20,25	7,80	28,06	21,00	5,44	26,44	0,74	-2,36	-1,62
02 Tf Vård av barn	2,53	0,56	3,10	2,97	0,73	3,70	0,44	0,17	0,61
03 Semester	45,61	14,77	60,38	46,15	13,40	59,55	0,54	-1,37	-0,83
04 Föräldraledighet	13,12	1,39	14,51	11,94	1,40	13,34	-1,18	0,01	-1,17
05 Utbildning	13,90	2,90	16,81	13,81	3,00	16,81	-0,09	0,10	0,01
06 Fackligt uppdrag	0,64	0,15	0,78	0,47	0,10	0,57	-0,17	-0,05	-0,21
07 Övr.frånvaro m lön	10,01	2,71	12,72	10,36	2,67	13,03	0,35	-0,04	0,31
08 Övr.frånvaro u lön	6,60	1,86	8,46	9,09	1,55	10,64	2,49	-0,31	2,18
09 Flexledighet	6,51	0,87	7,38	5,99	0,93	6,92	-0,52	0,06	-0,46
10 Sem i timmar	0,15	0,06	0,21	0,12	0,01	0,13	-0,03	-0,05	-0,08
Total [årsarbetare]	119,32	33,08	152,40	121,90	29,24	151,13	2,57	-3,84	-1,27

Genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar per anställd jan-dec 2015 jämfört med jan-dec 2014

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	1,4	3,9	2,5	2,2	5,5	3,6	0,8	1,6	1
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	12,7	214	26,1	10,2	60,2	16,5	-2,5	-153,8	-9,7
1.3 Medicinska sekreterare	31,8	15	31,4	40,4	25,4	40,1	8,6	10,4	8,6
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	5,3	0,9	3,5	6	2,7	4,5	0,7	1,8	1
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	13,5	26	16	13,4	1,7	10,5	-0,1	-24,3	-5,5
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	18,4	17,3	18,2	13,3	1	11,2	-5,1	-16,3	-7
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	16,1	8,6	14,2	15,7	14,4	15,4	-0,5	5,8	1,2
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	29,5	32,8	30,6	34,2	27,9	32,1	4,7	-4,9	1,5
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	15		15	12,2	2,3	11,9	-2,8		-3,1
5.0 Socialt och kurativt arbete	21,1	67,6	26,1	30,2	62,3	32,1	9,1	-5,3	6
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	6,8		6,8	3,6		3,6	-3,1		-3,1
Summa [dagar]	20,6	23,2	21,2	22,1	18,8	21,4	1,5	-4,3	0,2

Totalt antal anställda 2015-12-31

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	11	9	20	13	9	22	2	0	2
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	13	1	14	14	2	16	1	1	2
1.3 Medicinska sekreterare	40	1	41	39	1	40	-1	0	-1
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	10	7	17	11	9	20	1	2	3
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	12	3	15	9	3	12	-3	0	-3
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	33	8	41	39	8	47	6	0	6
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	93	32	125	97	31	128	4	-1	3
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	97	49	146	96	48	144	-1	-1	-2
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	25	0	25	29	1	30	4	1	5
5.0 Socialt och kurativt arbete	33	4	37	32	2	34	-1	-2	-3
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	11		11	11		11	0		0
Total [anställda]	378	114	492	390	114	504	12	0	12

Antal tillsvidareanställda 2015-12-31

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	11	9	20	13	9	22	2	0	2
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	10	1	11	10	1	11	0	0	0
1.3 Medicinska sekreterare	38	1	39	37	1	38	-1	0	-1
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	10	7	17	11	9	20	1	2	3
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	9	2	11	9	2	11	0	0	0
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	30	7	37	29	6	35	-1	-1	-2
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	91	31	122	93	30	123	2	-1	1
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	94	48	142	94	44	138	0	-4	-4
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	22	0	22	23	1	24	1	1	2
5.0 Socialt och kurativt arbete	31	2	33	31	2	33	0	0	0
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	11	0	11	9	0	9	-2	0	-2
Total [tillsvidareanställda]	357	108	465	359	105	464	2	-3	-1

Antal visstidsanställda (månadsavlönade) 2015-12-31

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	3	0	3	4	1	5	1	1	2
1.3 Medicinska sekreterare	2	0	2	2	0	2	0	0	0
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	3	1	4	0	1	1	-3	0	-3
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	3	1	4	10	2	12	7	1	8
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	2	1	3	4	1	5	2	0	2
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	3	1	4	2	4	6	-1	3	2
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	3	0	3	6	0	6	3	0	3
5.0 Socialt och kurativt arbete	2	2	4	1	0	1	-1	-2	-3
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	0	0	0	2	0	2	2	0	2
Total [vistidsanställda]	21	6	27	31	9	40	10	3	13

Genomsnittlig sysselsättningsgrad

Personalgrupp	2014			2015			Förändring		
	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total	Kvinna	Man	Total
1.1 Ledningsarbete	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
1.2 Handläggare- och administratörsarbete	97,07	100,00	97,50	97,56	100,00	97,78	0,49	0,00	0,28
1.3 Medicinska sekreterare	96,05	100,00	96,16	95,93	100,00	96,04	-0,12	0,00	-0,12
2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare	100,00	89,29	95,77	96,14	91,82	94,24	-3,86	2,53	-1,53
2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00	0,00
2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut	97,70	100,00	98,17	97,38	100,00	97,82	-0,32	0,00	-0,35
2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl.	97,30	99,77	97,90	98,28	98,58	98,35	0,98	-1,19	0,46
2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl.	95,92	97,91	96,58	95,38	97,70	96,13	-0,54	-0,21	-0,45
4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete	99,22	0,00	99,22	99,78	100,00	99,78	0,56	0,00	0,56
5.0 Socialt och kurativt arbete	98,81	100,00	98,88	99,18	100,00	99,24	0,37	0,00	0,36
6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete	100,00	0,00	100,00	100,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Total [anställda]	97,39	98,33	97,61	97,44	97,90	97,54	0,05	-0,43	-0,06

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

År	Kvinnor			Män			Summa		
	Heltid	Deltid	Total	Heltid	Deltid	Total	Heltid	Deltid	Total
2014	332	25	357	101	7	108	433	32	465
2015	334	25	359	98	7	105	432	32	464

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

År	Kvinnor			Män			Summa		
	Heltid	Deltid	Total	Heltid	Deltid	Total	Heltid	Deltid	Total
2014	93,00%	7,00%	100,00%	93,50%	6,50%	100,00%	93,10%	6,90%	100,00%
2015	93,00%	7,00%	100,00%	93,30%	6,70%	100,00%	93,10%	6,90%	100,00%

Bilaga 4

Landstinget Blekinge										Formulär FR 1 - Resultatrapport						
Ekonomirapportering										Utfall - Förvaltning						
Förvaltning:		12 Psykiatri och Habilitering			Period:	December 2015			Belopp:	TKR	Ifylld av:	Datum:		2016-01-22		
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	
Intäkter	-46 124	-405	-46 529	-18 520	0	-18 520	-45 388	-549	-45 937	27 604	405	28 009	736	-144	592	
Personal	305 091	1 969	307 060	284 824	1 870	286 694	292 041	1 117	293 158	-20 268	-98	-20 366	-13 050	-852	-13 903	
- Anställda	265 421	595	266 016	277 240	594	277 834	254 779	0	254 779	11 819	-1	11 819	-10 641	-595	-11 236	
- Inhyrda	32 860	0	32 860	0	0	0	29 266	0	29 266	-32 860	0	-32 860	-3 594	0	-3 594	
- Övrigt	6 811	1 374	8 185	7 584	1 276	8 860	7 996	1 117	9 112	773	-98	675	1 185	-257	927	
Drift	84 338	62 629	146 967	81 433	61 919	143 352	89 229	65 419	154 648	-2 905	-709	-3 615	4 891	2 791	7 682	
- Köpt vård	38 738	1	38 739	37 335	0	37 335	40 438	1	40 439	-1 403	-1	-1 404	1 700	0	1 700	
- Läkemedel	27 693	0	27 693	27 127	0	27 127	27 631	0	27 631	-565	0	-565	-62	0	-62	
- Hjälpmedel	35	8 108	8 143	30	7 786	7 816	34	8 041	8 076	-5	-322	-327	0	-67	-67	
- Ankomstregistrerat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
- Övrigt	17 873	54 519	72 392	16 940	54 134	71 074	21 126	57 377	78 503	-933	-386	-1 318	3 254	2 858	6 111	
Kapitalkostnad	49	9	58	49	9	58	84	10	94	0	0	0	35	1	36	
TOTALA INTÄKTER	-46 124	-405	-46 529	-18 520	0	-18 520	-45 388	-549	-45 937	27 604	405	28 009	736	-144	592	
TOTALA KOSTNADER	389 478	64 607	454 085	366 305	63 799	430 104	381 354	66 546	447 900	-23 173	-808	-23 981	-8 124	1 939	-6 184	
NETTORESULTAT	343 354	64 201	407 556	347 785	63 799	411 584	335 966	65 997	401 963	4 431	-403	4 028	-7 388	1 796	-5 592	
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	37 455	7 618	45 073	38 492	7 421	45 913	36 732	7 586	44 317	1 038	-197	841	-723	-32	-755	
130 Habilitering	29 784	16 312	46 096	30 083	16 461	46 544	28 619	16 329	44 948	299	149	448	-1 166	17	-1 148	
137 Psykiatriförvaltningen gemensa	78 266	1 383	79 649	93 441	1 275	94 716	80 312	1 445	81 758	15 174	-107	15 067	2 046	63	2 109	
142 Vuxenpsykiatri väst	64 679	13 801	78 480	56 471	14 117	70 588	58 371	14 344	72 716	-8 208	316	-7 892	-6 308	544	-5 764	
167 Vuxenpsykiatri öst	80 167	15 340	95 507	78 728	15 034	93 762	81 194	16 883	98 077	-1 439	-305	-1 745	1 027	1 543	2 570	
190 Läns-gemensam Psykiatri	53 002	9 748	62 751	50 570	9 490	60 060	50 738	9 409	60 147	-2 432	-258	-2 691	-2 264	-339	-2 603	
NETTORESULTAT	343 354	64 201	407 556	347 785	63 799	411 584	335 966	65 997	401 963	4 431	-403	4 028	-7 388	1 796	-5 592	

Bilaga 5

Landstinget Blekinge
Ekonomirapportering

Formulär FR 7 - Investeringsrapport
Förvaltning/Nämnd

Förvaltning/Nämnd:		Period: jan-dec 2015		Belopp: TKR	Ifyllt av:						
Psykiatri - habilitering, förvaltning 12		Datum: 2016-01-21									
INVESTERINGSUPPGIFTER				EKONOMISK UPPFÖLJNING INVESTERING							
Ref	Investering (namn/beskrivning)	Investeraende basenhet	Klassificering		Budget	Tidigare år 2014	Hitintills under år	Prognos rest året	Totalt detta år	Prognos 2016	Totalt per investering
			Typ	Orsak							
1	Medicintekniska investeringar	Se bilaga	MT			0	0	0	223		223
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
TOTALT						0			223	0	223

Förklaring till kolumnen Klassificering.

Ange följande förkortningar per specificerad investering

Typ 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

Bilaga 6

Bilaga 4 Fig 1: Orsaker till förändring av resultat jämfört prognos 2015

Förvaltning: Psykiatri och habilitering	
Rapporteringsmånad: december	Belopp (Tkr)
Prognos vid delårsbokslut per augusti (tkr)	409 213,0
Orsaker till förändrat utfall	
Ökade asylintäkter	-4 160,0
Lägre kostnad för anställd personal	-2 012,0
Högre hyrläkarkostnad	2 636,0
Högre kostnad övrig personal	1 077,0
Högre kostnad köpt vård	1 344,0
Lägre kostnad läkemedel	-357,0
Högre kostnad hjälpmedel	166,0
Högre kostnad övrig drift	291,0
Lägre kostnad för kapital	-642,0
Summa Helårsutfall 2015 (tkr):	407 556,0