



LANDSTINGET BLEKINGE

2015-04-19

Dnr

Psykiatri och habiliteringsförvaltningen

Bodil Sundlöf

Förvaltningschef

tel 0455-73 58 00

Till Nämnden för Psykiatri och habilitering

Budgetäskande 2016

Inför beslut om 2016 års budget görs här en beskrivning av Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens budgetäskande för 2016.

Nämnden för Psykiatri och habilitering föreslås därför besluta;

att godkänna Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens förslag till budgetäskande för 2016

att överlämna budgetäskandet till budgetberedningen för ställningstagande

Bodil Sundlöf

Förvaltningschef,

Psykiatri och habiliteringsförvaltningen



LANDSTINGET BLEKINGE

Till Nämnden för Psykiatri och habilitering

Budgetäskande 2016

Inför beslut om 2016 års budget görs här en beskrivning av Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens budgetäskande för 2016.

Behandlingspersonal för läkemedels- & dopningsmedelsmissbruk inkluderat driftskostnad läkemedel och testmaterial

Bakgrund

I juni 2010 bildades Beroendeenhetens slutenvårdsavdelning och tillkom genom att 6 vårdplatser tillhöriga Psykakuten omfördelades till den nya avdelningen. Den öppenvårdsverksamhet som tillhörde Beroende var i början mycket blygsam och ingen enskild mottagning, men byggdes på undan för undan. År 2011 utökades avdelningen med 2 vårdplatser som var vikta för tillnyktringspatienter. Avtal slöts med länets kommuner om samarbete kring patientgruppen. Under år 2012 flyttade all verksamhet tillhörig Läns gemensam Psykiatri in i nya lokaler i byggnad 24 och i och med detta kunde den egentliga Beroendemottagningen bildas och utöka sin verksamhet till nuvarande omfattning. Den huvudsakliga inriktningen är missbruk och beroende och enheten har ett ständigt flöde av patienter. Beroendeenheten är en av de enheter som under de senaste åren ökat mest både vad gäller mottagningsbesök och vårddagar inom heldygnsvården (undantaget effekterna av den organisationsförändring med mindre heldygnsvård och mer resurser i öppenvård som genomfördes inom vuxenpsykiatri våren 2014). Redan år 2013 startade en diskussion kring att eventuellt kunna utöka Beroendeenhetens ansvarsområde till att även gälla doping, sprutbyte och läkemedelsmissbruk som en följd av direktiven i den beslutade nationella missbruksutredningen.

Beroendeenhetens verksamhet

Beroendeenheten tar idag emot patienter med opiatmissbruk och en grupp patienter med samsjuklighet.

För patienter med opiatmissbruk erbjuds LARO-programmet (Läkemedels Assisterad Rehabilitering vid Opiatberoende) vilket är en substitutionsbehandling med Metadon, Subutex eller Suboxone. Metadon är ett syntetiskt opiatpreparat (opioid) som verkar under lång tid. Patienten dricker den en gång per dag. Den dämpar "suget" och blockerar abstinens och effekt av heroin. Subutex och Suboxone har en verksam substans, Buprenorfin, som har en verkan liknande Metadon. Suboxone har dessutom en tillsats av Naloxone som skall motverka att läkemedlet injiceras. Dessa mediciner tas i form av tabletter, resoribletter, vilka löses under tungan. Läkarens val av läkemedel styrs mycket av patientens egna tidigare erfarenheter av dessa preparat. Generellt kan man inte förutsäga vem som fungerar bäst på någon av dessa mediciner. Substitutionsbehandling är långvarig, och för vissa är behandlingen livslång. Verksamheten bygger helt på Socialstyrelsens föreskrifter om substitutionsbehandling.

Psykiatri och habiliteringsförvaltningen

Postadress: 371 81 Karlskrona. Besöksadress: Wämö Center. Telefon: vxl 0455-73 10 00.
E-post: psyk-hab@ltblekinge.se, Internet: www.ltblekinge.se Org nr: 232100-0081

Målet med behandlingen inom LARO-programmet är att patienten:

- ska leva fri från missbruk
- när den personliga stabilitet som behövs för en social rehabilitering, för att ordna boendet, arbete eller studier och eventuellt också avsluta behandlingen ▶ bryter upp från "missbrukarlivet", en livsstil med stora risker för sjukdom, våld, kriminalitet och en för tidig död
- skapar en ordnad ekonomi
- ska få kunskaper om droger, deras verkan och konsekvenser
- ska få en fördjupad självkänedom och rättsuppfattning
- knyter normala, långvariga kontakter med människor utan drogproblem och kanske återknyter till människor som tidigare varit betydelsefulla för henne/honom

Patienten måste uppfylla följande kriterier för att få påbörja behandlingen:

- ▶ ha ett minst 1-årigt, dokumenterat tvångsmässigt intravenöst opiatmissbruk
- ▶ ha uttömt alla drogfria behandlingsmöjligheter
- ▶ ges en acceptabel valfrihetssituation eftersom behandlingen är frivillig
- ▶ vara minst 20 år
- ▶ inte ha ett avancerat blandmissbruk

När det gäller samsjuklighet erbjuds patienter stöd och motivation att ta sin medicin och att avhålla sig från droger. Missbruksproblematiken gör att dessa patienter inte kan göra sina besök inom förvaltningens övriga mottagningsverksamhet.

Beroendeenhetens verksamhet är personalkrävande med täta besök för patienterna under lång tid, vilket är en förutsättning för positiva resultat. Mottagningen hanterade 2014 i snitt 300 besök i månaden och för 2015 ser antalet ut att öka. Mottagningen har i perioder haft intagningsstopp för att de inte har klarat att ta hand om alla patienter som sökt.

De flesta av patienterna måste komma flera gånger i veckan (nya patienter ska komma alla dagar i veckan under 6 månader) för att hämta sin medicin, men även få del av behandlingen som ger patienten verktyg för att hantera tiden till nästa gång de ska träffa sin terapeut. All vård och behandling sker i samplanering/samverkan med Blekinges fem kommuner.

Nya patientgrupper

Under det senaste halvåret har två nya grupper patienter kommit till mottagningen och en tredje grupp är på väg:

De grupper som tillkommit är

- patienter med så svårt läkemedelsberoende, att primärvården trots försök inte klarat att trappa ned dem
- Patienter med ett beroende av kraftiga smärtstillande men med ett samtidigt kraftigt och väl utrett smärtsyndrom, där smärtbehandling krävs.

Den stora grupp som är på väg är patienter med dopingproblematik. Detta är ett stort samhällsproblem och idag finns det ett 10-tal patienter i länet som sökt men inte kunnat erbjudas hjälp vid Beroendeenheten.

På grund av bristande resurser har de två första grupperna i huvudsak skickats tillbaka till primärvården efter att ha fått råd av läkare. I några enstaka fall har patienter (5 under de senaste 6 månaderna) tagits emot. Den sista gruppen patienter med dopingproblematik har måst avvisas då resurser saknas.

Den första gruppen, läkemedelsberoende, är stor och uppgår till ca 6-8% av befolkningen i åldern 15 – 90 år, vilket motsvarar ca 6800-9000 individer i Blekinge. Alla behöver inte hjälp samtidigt, eftersom de flesta inte har gått till sjukvården med sina problem och eftersom de ändå får läkemedlen via sjukvården och således har en rimlig grad av funktion.

Medvetenheten om denna grupp ökar och på beroendemottagningen kommer det remisser varje vecka. Primärvården tar hand om de allra flesta och nedtrappningarna lyckas hos många (uppskattningsvis 50-60%) men är mycket resursintensivt: minst en kontakt i veckan, ofta på 20-30 minuter per gång, oftast hos sjuksköterska, minst en gång var månad hos läkare, under 3-12 månader. Beroendemottagningen har som princip att ta emot dessa patienter om primärvården misslyckats med väl genomförda försök två gånger, om patienten har en samtidig psykisk störning eller om patienten ingår i riskgrupp (äldre än 70 år, gravid eller ammande).

Arbetsinsatsen är omfattande; läkarbesök oftast en gång i månaden, sjuksköterskebesök minst en gång i veckan, flera telefonsamtal och en hel del provtagning. En sjuksköterska kan på en heltid hålla i 4-6 sådana patienter per dag (d.v.s. 20 besök i veckan, därtill kommer en del kringarbete), men då jobbar denna sjuksköterska inte med något annat. Detta arbete är lika intensivt som substitutionsbehandling. Arbetsmiljömässigt är det inte rimligt att en sjuksköterska bara ska hålla på med dessa patienter. Skulle Beroendeenheten istället få resurser till att ta emot och behandla patientgruppen fullt ut skulle det betyda att belastningen på primärvården minskar och att de istället får större möjlighet att ta hand om fler patienter med andra sjukdomstillstånd.

Den andra gruppen, beroende av smärtstillande är en mycket komplex patientgrupp; patienter med ett sedan tidigare väl utrett kroniskt smärtsyndrom som blivit beroende av smärtstillande opiater/opioider. Här är det inte bara frågan om nedtrappning av ett läkemedel, det gäller att i samverkan med respektive klinik/primärvård samverka kring patienten (medicinering, stöd i hemmet, sjukgymnastik, mm) så att smärtan är hanterbar. Beroendeenhetens insatser kommer in i nedtrappningsskedet/medicineringsskedet under ca 2-4 månader med en besöksfrekvens på 1-2 besök i veckan och därefter sporadiska insatser. För tillfället finns två patienter från denna patientgrupp på Beroendeenheten och ytterligare en patient är på väg in. Detta är ett mer eller mindre konstant flöde. Nyttan för patienten är tydlig, inget kvartstående beroende och därefter en effektivare smärtstillning. Nyttan för primärvården är att man får en patient som efter fullföljd behandling är mycket lättare att handlägga, dvs tar färre resurser.

Den tredje gruppen är patienter som dopar sig. Dessa har ofta ett annat missbruk eller en psykiatrisk samsjuklighet. Beroendemottagningen saknar både resurser och erfarenhet av denna grupp patienter, som har ett kraftigt lidande. För dessa patienter behövs dock inte bara Beroendemottagningens hjälp utan här krävs också samverkan med medicinkliniken pga. de endokrinologiska problemen. Det är därför nödvändigt med en inventering av problemtyngden: Hur många patienter kommer att söka? Hur sjuka är patienterna? Vilket stöd, förutom det medicinska, behöver patienterna?

Prognos för framtiden

En uppskattning av antalet patienter tillhöriga de ovan beskrivna patientgrupperna som är och kan bli aktuella inom en snar framtid visar att de sannolikt kommer att öka till mer än det dubbla inom 2-3 år:

Patientgrupp	Nuläge	Uppskattning: om 2-3 år	Kommentar
LARO	28	50	Kan eventuellt bli fler. Ca 50% av patienterna har samsjuklighet
Samsjuklighet	11	20	
Tablettberoende	3	20	
Komplexa	3	6	Denna grupp ökar. Samverkan med

smärtpatienter			BLS behövs
Dopning	0	10-20	Osäker skattning, erfarenhet från andra landsting
Summa	45	105 -115	Motsvarande 7 – 8 sjukskötersketjänster

Beskrivning av behov

Ovanstående prognos innebär att Beroendeenheten behöver budgetförstärkning för utökning av personalstyrkan för att komma tillrätta med de resursbrister som finns redan idag och för att kunna ta hand om de patientgrupper som nu börjar söka sig till Beroendemottagningen, helt i enlighet med Missbruksutredningens direktiv.

En heltidsanställd sjuksköterska beräknas kunna ge vård till 15-17 patienter under förutsättning att det rör sig om en blandning av patienter med olika tillstånd (se ovan) och i olika stadier av behandlingsprocessen, varför det i enlighet med den ovanstående prognosen skulle behövas motsvarande 7-8 sjuksköterskor. Idag finns budget för 3 sjuksköterskor på Beroendeenheten. Utöver dessa tre finns en överanställning för att klara verksamhetens omfattning idag. Behovet gällande förstärkning av sjuksköterskor är därmed motsvarande 4 heltidstjänster.

Dessa patienter är också läkarintensiva och en halvtids läkare beräknas inte kunna ge adekvat vård till mer än maximalt 70-75 patienter. Med det prognosticerade framtida antalet patienter behövs det två halvtidsläkare eller en heltidsläkare. Det är också extremt viktigt med läkarkontinuitet, hyrläkare kan knappast sköta denna sorts mottagning. I dag finns budget för 0,5 överläkartjänst. Behovet gällande förstärkning av läkare motsvarar därmed 0,5 överläkare.

Patienter i LARO-programmet, patienter med samsjuklighet och patienter med komplexa smärtsyndrom behöver så gott som alltid hjälp av en kurator för att samordna den psykosociala rehabiliteringen. Idag finns budget för 1 kurator. Behovet gällande förstärkning är därmed motsvarande ytterligare 1 tjänst som kurator.

Utöver ovanstående behov av personalförstärkning behövs också ökade medel för läkemedel, testmaterial och en del övriga driftskostnader.

Förslaget till budgetförstärkning är en lägsta nivå för att ha möjlighet att börja ta hand om de nya patientgrupperna. Utebliven budgetförstärkning får konsekvenser för primärvården som även fortsättningsvis får ta emot de mycket resurskrävande patienter som söker sig dit. Knappt hälften (44%) av samtliga besök på Beroendeenheten idag kommer från patienter som är bosatta i västra Blekinge. Då förvaltningen i dagsläget inte har någon mottagning i väster, betyder det att dessa måste ta sig till Karlskrona. Vid en resursförstärkning finns möjlighet att även bedriva en mottagning i västra Blekinge ett par dagar i veckan, vilket skulle underlätta mycket för patientgruppen.

Lagtext

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget ingå överenskommelse med kommunen om samarbete i fråga om personer som missbrukar läkemedel och dopningsmedel. Se nedan.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) lag (2013:302)

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

Enligt både lagstiftning och reviderade nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård ska patienter med läkemedelsberoende och dopningsmissbruk hanteras evidensbaserat och på vetenskaplig grund. Socialstyrelsen förväntar sig att resurser tillförs vården för att klara de nya lagkraven och riktlinjernas intentioner. Överenskommelse med kommunen som krävs enligt HSL kan inte ingås, om verksamheten inte bedrivs.

Behov av budgetförstärkning

Beroendemottagningen har 4,5 tjänster med en budget på 2,4 mkr för personal och 0,4 mkr för drift. Mottagningen tar idag emot patienter med opiatmissbruk och en grupp patienter med samsjuklighet. Verksamheten är inte dimensionerad för att också ta emot patienter med läkemedels- och dopningsmedelsmissbruk.

För att också kunna ta emot patienter med läkemedels- och dopningsmedelsmissbruk krävs en budgetförstärkning för behandlingspersonal inkluderat läkemedel och testmaterial beräknad till **4,0 mkr 2016**, vilket motsvarar fyra sjukskötersketjänster, en tjänst som kurator, 0,5 tjänst som läkare samt driftskostnader.

Behandling av undernäring och ätstörning (dietister)

Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen definieras habilitering som planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder som allsidigt främjar utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psyksikt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde med nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom. Habilitering är ett komplement till övrig hälso- och sjukvård. Habiliteringens arbete baserat på teamarbete och präglas av långa kontakter med en del av patientgruppen. Basinsatser är utbildning och information för att ge en grund för egna val för den enskilde och dennes närstående. Övriga basala insatser kring nutrition samt kommunikation och insatser för AKK (Alternativ och Kompletterande kommunikation). Därutöver erbjuds ett flertal olika insatser.

Forskning och nationell information

Inom habiliteringen i Sverige har forskning gjorts om uppfödningssvårigheter inom många olika diagnosområden. Dessa områden överlappar varandra och många av barnen inom barn- och ungdomshabilitering har samtidigt flera olika typer av diagnoser. Nästan allt som påverkar barns allmäntillstånd verkar på olika sätt kunna påverka deras ätande, deras intresse för mat och/eller förmågan att tillgodogöra sig den. Allmänt inom barnhabilitering finns ett stort antal patienter med svåra problem med munmotorik, dysfagi (sväljningsproblem) och nutrition.

För föräldrar och andra vårdare till många av barnen i habiliteringens patientgrupper kan måltiderna innebära ett tidsödande och tung omvårdnadsproblem. Forskning visar att det kan ta upp till 15 gånger så lång tid att tugga och svälja för ett barn med svår cerebral pares som för ett friskt barn. Studier visar att den ät-tid som vissa av dessa barn egentligen skulle behöva för att få ett tillräckligt näringsintag är längre än deras vakna tid! (*Barn- och ungdomshabiliteringen Skaraborg*)

Minst ett av tio barn med funktionshinder har i olika studier visats ha svår undernäring. Detta medför att långdtillväxten bromsas kraftigt, också hjärnans och musklernas tillväxt hindras. Undernäring kan ge irritabilitet, apati och andra psykiska symtom och leder till sämre kognitiv utveckling, försämrat infektionsförsvar och nedsatt sårläkningsförmåga. De försvagade musklerna ger sämre motorisk funktion, svagare hoststöd och sämre andningsfunktion. (*Region Skåne*)

Blekinge

Patienter inom habiliteringen i Blekinge är inte annorlunda än patienter inom andra habiliteringsenheter i Sverige och har samma behov av dietistresurser. Även här lider patienter ofta av allvarliga undernäringstillstånd, tillväxtavvikelse och ätsvårigheter p g a sin funktionsnedsättning. Ju tidigare dietist kopplas in desto bättre nutritionstatus kan uppnås vilket gör att andra insatser kan ges med större nytta.

Inom psykiatri behövs dietistens kompetens vid ätstörningsproblematik och vid beroendeenheten där patienterna ofta är nedsatta och undernärda.

Landstinget Blekinge har idag 5,25 dietister placerade vid medicinkliniken. Dessa används av flertalet kliniker på sjukhuset och av primärvården. Däremot ingår inte Psykiatri- och habiliteringsförvaltningens patientgrupper i deras uppdrag. Habiliteringen har förut fått tillgång till dietist via medicinkliniken, men denna möjlighet har sedan en tid tillbaka i stort sett upphört. Inte heller via barnkliniken eller primärvården finns möjlighet till dietist. Detta betyder att främst habiliteringens patienter men även psykiatrins ätstörnings- och beroendepatienter exkluderas från de resurser som finns inom landstinget. Det medför att den enskilde patienten inte får rätt till samma vård som övriga medborgare. Enligt det arbetsmaterial kring dietistresurser som håller på att tas fram inom landstinget så finns i landstinget Blekinge näst minst antal dietister per 100 000 invånare i landet. Kringliggande landstings dietister ansvarar även för dietisthjälp till habiliteringens och psykiatrins patienter

Lagtext

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska vårdgivaren fastställa rutiner för hur näringstillstånd ska utredas och hur undernäring ska förebyggas och behandlas. Utan dietist kan föreskriften inte följas. Se nedan.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring; beslutade den 23 september 2014.

Hälso- och sjukvård

5 § Vårdgivaren ska fastställa rutiner för

1. när en patients näringstillstånd ska utredas, och
2. hur en utredning av näringstillståndet ska göras.

6 § Vårdgivaren ska vidare fastställa rutiner för

1. hur undernäring ska förebyggas, och
2. hur undernäring ska behandlas.

Behov av budgetförstärkning

Behov av budgetförstärkning för behandling av undernäring och ätstörning beräknas till **1,0 mkr 2016**, vilket motsvarar två dietisttjänster. Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen har aldrig haft en egen budget för dietister.

Neuropsykiatriska utredningar och andra fördjupade utredningar för barn

Bakgrund

Neuropsykiatriska diagnoser; Uppmärksamhets- och hyperaktivitetsproblem (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder), Aspergers syndrom, autism och Tourettes syndrom brukar i Sverige kallas för neuropsykiatriska tillstånd. Generella och specifika inlärningsstörningar brukar räknas till denna grupp. Det här är tillstånd som traditionellt diagnostiseras inom (barn-) psykiatri, men som inte nödvändigtvis behöver utgöra sådant lidande att de ska kallas störningar eller sjukdomar. Däremot medför de en kraftigt förhöjd sårbarhet för utveckling av alla andra typer av psykiska symptom. Dessa tillstånd kännetecknas av att personen har ett sätt att vara och uppträda, och ett sätt att uppfatta sig själv och andra på, som medför funktionshinder och som omgivningen reagerar på. Vissa barn, ungdomar och vuxna med dessa funktionshinder uppfattas som störande och påflugna, andra som udda eller excentriska. Redan detta kan leda till utanförskap och isolering, rentav utstötning och mobbning. Ofta medför också de här speciella dragen att personen är extra sårbar.

Ibland leder därför påfrestningar eller stress till att personen utvecklar symptom från olika psykologiska funktionssystem, som koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, ångest, sömnstörningar med mera. Upplevelsen att inte ”vara som andra” ger lätt nedsatt självkänsla och dålig tillit till sin egen förmåga. (*Psykologiguiden*)

I samband med framtagandet av rapporten ”Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa” som överlämnades till regeringen 2008 föreslogs en förstärkt vårdgaranti för barn och ungdomar inom psykiatri.

Vårdgarantin

Vårdgarantin är en förordning som regeringen har fastställt och en del av hälso- och sjukvårdslagen. Den innebär en skyldighet för vårdgivare att erbjuda vård inom vissa angivna tidsramar. Inom psykiatri gäller den för nybesök och inom barn- och ungdomspsykiatri även för tid till start av beslutad fördjupad utredning. Inom vuxenpsykiatri säger vårdgarantin att ett nybesök ska ske inom 90 dagar, medan den maximala väntetiden inom barn- och ungdomspsykiatri till ett nybesök är 30 dagar – förstärkt vårdgaranti. Den förstärkta vårdgarantin för barn och unga innebär också att det ska vara maximalt 30 dagar mellan beslut om neuropsykiatrisk utredning/annan fördjupad utredning och start av densamma.

Blekinge

Blekinge har en mycket god tillgänglighet till nybesök inom psykiatri, både för vuxna och barn. Förvaltningen har ett eget internt mål om att alla nybesök (om inte patienten själv väljer att vänta) ska ske inom 30 dagar. Detta uppnås i de allra flesta fall.

Väntetiden för neuropsykiatriska utredningar och andra fördjupade utredningar för barn/unga klaras i dagsläget också inom den förstärkta vårdgarantin om maximalt 30 dagars väntetid. Detta görs dock inte utan vissa svårigheter.

I den nationella överenskommelsen om psykisk ohälsa (PRIO) mellan SKL och Socialdepartementet ingick ett flertal områden där vissa resultat måste uppnås för att landsting och regioner skulle få tillgång till de statsbidrag som var avsatta inom respektive område. Ett av dessa områden handlar om tillgänglighet – dvs den förstärkta vårdgarantin. Blekinge har här varit

i framkant och under de senaste åren fått ta del av de pengar som finns inom PRIO. En del av dessa statsbidrag har sedan använts till förstärkning av personalresurserna inom BUP för att kunna leva upp till den förstärkta vårdgarantin. När nu överenskommelsen om statsbidrag kommer att upphöra 2016 medför detta att BUP måste reducera antalet psykologer med 2 tjänster. Utan budgettillskott kan vårdgarantin inte följas.

Lagtext

Vårdgarantin – rätt till vård inom viss tid

Från och med 1 juli 2010 regleras vårdgarantin i patientlagen (2014:821) och förordning (2010:349).

För barn och ungdomar med psykisk ohälsa gäller förstärkt vårdgaranti enligt en nationell överenskommelse mellan regeringen och SKL. Den förstärkta vårdgarantin innebär att vid besök inom barn- och ungdomspsykiatri ska besök för bedömning erbjudas inom 30 dagar och behandling erbjudas inom 30 dagar.

Behov av budgetförstärkning

För att kunna leva upp till den förstärkta vårdgaranti som gäller för neuropsykiatriska utredningar och andra fördjupade utredningar för barn behöver budgeten förstärkas med **1,2 mkr 2016** som förvaltningen t o m 2015 erhållit från staten genom den statliga PRIO-satsningen, vilket motsvarar två psykologtjänster.

Grundläggande insatser för kommunikation

Bakgrund

I hälso- och sjukvårdslagen definieras rehabilitering som planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder som allsidigt främjar utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psyksikt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde med nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom. Rehabilitering är ett komplement till övrig hälso- och sjukvård. Rehabiliteringens arbete baserat på teamarbete och präglas av långa kontakter med en del av patientgruppen. Basinsatser är utbildning och information för att ge en grund för egna val för den enskilde och dennes närstående. Övriga basala insatser kring nutrition samt kommunikation och insatser för AKK (Alternativ och Kompletterande kommunikation). Därutöver erbjuds ett flertal olika insatser.

Vad gör en logoped?

Logopederna arbetar med grundläggande kommunikationsinsatser för patienter med stor funktionsnedsättning. Det betyder att logopeden undersöker, diagnostiserar och behandlar människor i alla åldrar som drabbats av kommunikationssvårigheter p.g.a röst-, tal-, språkstörningar eller av sväljningssvårigheter. Dessa kan bero på någon form av skada eller sjukdom och gör det svårt eller omöjligt att meddela sig med andra. Logopeder arbetar också med läs- och skrivsvårigheter hos barn och vuxna, med friska personer med förebyggande röstvård eller för att lära ut muntlig framställningsteknik (*Beskrivning logopedutbildning*).

Inom rehabiliteringen får barn och vuxna med funktionsnedsättning stöd och hjälp för att deras vardag ska fungera. Den som har svårt att prata kan uttrycka sig på annat sätt. Det kan till exempel vara genom att använda bilder, foton, pratapparater eller teckenspråk.

Blekinge

Vid en undersökning av hur det ser ut inom landstinget Blekinge visade det sig att arbetsbelastning gällande antal patienter ser väldigt olika ut. Se nedan:

Habiliteringen Karlshamn 463 patienter/1,5 tjänst = 308 patienter per tjänst

Habiliteringen Karlskrona 561 patienter/2 tjänster = 280 patienter per tjänst

På öronkliniken tog logopederna i snitt emot 190 patienter per tjänst 2014.

Logopederna inom Habiliteringen är överbelastade och utredning om deras arbetsmiljö pågår.

Budgeten för logopederna uppgår i dagsläget till 1,7 mkr, vilket motsvarar 3,0 tjänster. Vilket innebär att man i dagsläget har 0,5 tjänst utöver budget. En anpassning till ungefär samma bemanningsnivå som öronkliniken har innebär en utökning med 2,0 logopedtjänster.

Behov av budgetförstärkning

Behov av budgetförstärkning för grundläggande insatser för kommunikation (logopeder) beräknas till **1 mkr 2016**, vilket motsvarar två logopedtjänster.

Neuropsykiatriska utredningar och andra fördjupade utredningar för vuxna

Bakgrund

För en beskrivning av neuropsykiatriska utredningar och andra fördjupade utredningar se tidigare avsnitt om barn.

Vårdgaranti

Vårdgarantin inom vuxenpsykiatri innebär att maximal väntetid på ett nybesök är 90 dagar. I Blekinge arbetas efter det interna målet om att nybesök ska ske inom 30 dagar, om inte patienten själv väljer att vänta.

Skillnaden mot vårdgarantin för barn är att det inte finns någon vårdgaranti för behandling/fördjupade utredningar.

Blekinge

Väntetiden för neuropsykiatriska utredningar och andra fördjupade utredningar för vuxna varierar men är i vissa fall över ett år och över 200 patienter står fortfarande i kö. Det är alltid det medicinska behovet som styr och de patienter som bedöms ha ett akut behov av en utredning kan oftast få det inom mycket kort tid. Behovet av högre bemanning inom vuxenpsykiatriens mottagningar för att kunna minska kön av väntande är markant och har ökat under de senaste åren. Det ska tilläggas att det ytterst få patienter som enbart "står i kö". De flesta får någon form av behandling under tiden. Det ökade trycket att genomföra fördjupade utredningar klaras inte av inom nuvarande bemanning och rimliga tidsgränser.

Flertalet fördjupade utredningar tar mellan 29-42 timmar per utredning (Nivå 3 utvidgad utredning). Se bilaga 1. För att ta bort kön behövs ytterligare 4 tjänster.

Hur lång ska väntetiden maximalt vara för vuxna innan fördjupad utredning påbörjas? Om förstärkning av utredningskapaciteten inte görs kommer de långa köerna till utredning för vuxna att kvarstå och insatserna som kan erbjudas till målgruppen behöva begränsas (t ex införa åldersgräns).

Behov av budgetförstärkning

Inom vuxenpsykiatri finns 16 st psykologtjänster som ska hantera både utredningar och övriga arbetsuppgifter aktuella för deras profession. I utredningarna medverkar även läkare till viss del. Behov av budgetförstärkning för personal som gör neuropsykiatriska utredningar och andra fördjupade utredningar för vuxna beräknas till **2,5 mkr 2016**, vilket motsvarar 1 läkartjänst och 3 psykologtjänster.

Förskrivare av kognitiva hjälpmedel till vuxna

Bakgrund

Psykiatri har ingen lång erfarenhet av förskrivning av hjälpmedel. Anledningen är helt enkelt att det inte funnits så många hjälpmedel för denna patientgrupp. Med den snabba utvecklingen inom tekniska områden, har det på senare år utvecklats ett flertal olika hjälpmedel – främst appar – som kan vara till nytta. Detta gäller speciellt kognitiva hjälpmedel. Den patientgrupp som kan bli aktuell för kognitiva hjälpmedel är därför en nytilkommen grupp. Psykiatri har därmed också en ytterst marginell budget för hjälpmedel eftersom ytterst få lämpliga hjälpmedel funnits tidigare.

För att förskriva hjälpmedel krävs en förskrivare, exempelvis en arbetsterapeut men även andra personalkategorier kan vara aktuella under särskilda förutsättningar.

Förskrivare av hjälpmedel

Det finns inget uttryckligt författningskrav på att legitimation krävs för att få förskriva hjälpmedel. En person som inte är legitimerad kan få en personlig förskrivningsrätt av verksamhetschefen, men det krävs då särskilda förutsättningar. Hjälpmedel för aktiviteter och delaktighet i dagligt liv, exempelvis kognitiva hjälpmedel, är sjukvårdshuvudmannens skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Inför en förskrivning av hjälpmedel ska det göras en medicinsk behovsbedömning. Hjälpmedelsbehovet ska relateras till andra planerade åtgärder och integreras i den samlade bedömningen. Ska ett kognitivt hjälpmedel förskrivas kan till exempel ett personligt stöd från anhöriga/närstående vara avgörande för om hjälpmedlet ska kunna förskrivas.

Det är heller inte bara att förskriva ett lämpligt hjälpmedel. Det ingår också ett krav på att informera, instruera och träna samt att följa upp och utvärdera funktion och nytta.

Blekinge

Inom vuxenpsykiatri finns i dagsläget 3 tjänster som arbetsterapeut, 1 inom VUP Öst Ronneby och 2 inom VUP Väst. I VUP Öst Karlskrona har budgeten inte räckt till för att tillsätta arbetsterapeut som en följd av de besparingar som förvaltningen genomfört.

De personliga ombuden i Blekinge/Kommunsamverkan Cura Individutveckling påtar att 50% av deras klienter i Karlskrona och Ronneby som har kognitiva funktionsnedsättningar inte får de hjälpmedel de har behov av.

Hjälpmedel inom psykiatri och habiliteringen ingår som ett led i behandlingen och avser t ex bolltäckor istället för läkemedel, appar till hjälp att strukturera vardagen etc. Enligt beslut i Landstinget Blekinges Samverkansnämnd ansvarar landstinget för hjälpmedel där hemmiljön saknar betydelse i användandet för personer som inte har pågående insatser från hemsjukvården. Hjälpmedel ska enligt landstingets policy ingå som ett led i vård/behandling och habilitering/rehabilitering.

Avsaknad av förskrivare i Karlskrona gör att förvaltningen inte kan erbjuda vård på lika villkor inom VUP Öst och VUP Väst.

Lagtext

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar för hjälpmedel till funktionshindrade, vilket regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 3 b §. Hjälpmedlen ska ses som en integrerad del i sjukvården.

Behov av budgetförstärkning

Behov av budgetförstärkning för förskrivare av kognitiva hjälpmedel till vuxna beräknas till **0,5 mkr 2016**. I detta behov är inte kostnaden för själva hjälpmedlen inkluderade och förutsätts kunna finansieras inom befintlig budget.

Sjukdomsförebyggande arbete psykospatienter

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder innehåller rekommendationer för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Arbete med att införa riktlinjerna pågår i landstinget.

Människor med diagnoser inom det psykiatriska området samt habiliteringens patientgrupper har en större risk än många andra att drabbas av kroppslig ohälsa, sämre livskvalitet och i många fall också en förkortad livslängd. I SBU:s rapport *Åtgärder för att stödja personer med schizofreni att förändra ohälsosamma levnadsvanor* framgår att medellivslängden för personer med diagnosen schizofreni i genomsnitt är 15 år kortare för män och 12 år kortare för kvinnor, än för den övriga befolkningen. Rökning, missbruk av alkohol, bristfällig kosthållning samt brist på aktivitet är viktiga bidragande orsaker till en hög grad av samtidiga sjukdomar, till exempel diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Antipsykotisk läkemedelsbehandling är en förutsättning för att undvika återinsjuknande. Samtidigt är de antipsykotiska läkemedel förenade med biverkningar, till exempel viktökning. Den vuxenpsykiatriska vården, som förskriver läkemedel, har därför ett särskilt ansvar som vårdgivare. Inom den vuxenpsykiatriska vården i Blekinge behandlas i dag cirka 500 patienter med psykosdiagnos.

Inom hela vuxenpsykiatrin betonas vikten av att genomföra samtal om levnadsvanor och detta lyfts också kontinuerligt på interna konferenser och vid medarbetarsamtal. Det finns dock svårigheter förknippade med de genomförda hälsosamtalen; att ta hand om de svar som avges i de fall patienterna önskar konstruktiv hjälp med exempelvis rökning, alkohol, bra matvanor, motion etc. Det finns i dagsläget inte många självklara mottagare för de av psykiatrin och habiliteringens patienter som önskar denna typ av hjälp och förvaltningen har inte själv tillräckliga resurser och kompetens inom området.

Rådgivning om levnadsvanor ges inom primärvården. Personer med psykossjukdom bedöms dock inte kunna ta del av primärvårdens erbjudanden då rådgivningen för denna patientgrupp måste ske i nära samverkan med patienterna, i en naturlig mötesmiljö och av patienterna känd personal. Om det sjukdomsförebyggande arbetet ska kunna göras tillgängligt även för personer med psykossjukdom behövs därför utökade personalresurser med rätt kompetens till den vuxenpsykiatriska vården. Detta för att kunna göra somatiska undersökningar och ge råd och interventioner om förändrade levnadsvanor.

Behovet av budgetförstärkning för att kunna genomföra sjukdomsförebyggande arbete med psykospatienter beräknas till **1,0 mkr 2016**, vilket motsvarar två tjänster med lämplig utbildning och erfarenhet (kompetens på områdena rökning, alkohol, bra matvanor, motion i kombination med psykiatrisk kompetens). Behovet är en tjänst till vuxenpsykiatri i Väst och en till vuxenpsykiatri i Öst. Särskild budget för sjukdomsförebyggande arbete finns f n inte då uppgiften är ny för förvaltningen.

Behandling och uppföljning av läkemedelsbehandling vid ADHD och andra svåra medicinska tillstånd

Barn- och ungdomspsykiatri

Allteftersom allt fler diagnosticeras med t ex ADHD påbörjas medicinering av dessa patienter. Patienternas medicinering behöver kontinuerligt följas upp under flera år vilket är en ny arbetsuppgift barn- och ungdomspsykiatri. För uppföljningen behövs en sjuksköterska. Antalet patientbesök har ökat successivt (2009=129 patientbesök för ADHD, 2010=216 besök, 2011=517 besök, 2012=670 besök, 2013=841 besök, 2014=912 besök). För att klara medicinuppföljningen, rådgivning till föräldrar och avlasta läkarna med dessa uppgifter har resurser från andra ansvarsområden tagits som t ex mottagning och mellanvård. För att lösa detta växande problem behövs resurser till en tjänst som sjuksköterska. Ett alternativ till att anställa en sjuksköterska är att utöka läkarbemanningen från fyra till fem tjänster vid BUP, vilket är ett betydligt mer kostsamt alternativ. Se riktlinjer för uppföljning av medicinering på bilaga 2.

Habiliteringen

Vid Habiliteringen finns också en omfattande uppföljning och kontroll av barns medicinering vid svåra medicinska tillstånd (t ex Downs syndrom och många andra mindre diagnosgrupper) samt behov av föräldraskola för hantering av barns grundläggande behov såsom mat/sömn/toa. Habiliteringen har ingen budgeterad tjänst för sjuksköterska och har försökt att lösa behovet genom att köpa in tjänsten från andra kliniker inom landstinget. Detta har dock inte fungerat och habiliteringens läkare kräver avlastning av en sjuksköterska med dessa arbetsuppgifter.

Behovet av budgetförstärkning för att kunna genomföra behandling och uppföljning av läkemedelsbehandling vid ADHD och andra svåra medicinska tillstånd vid BUP och Habiliteringen beräknas till **1,0 mkr 2016**, vilket motsvarar två sjukskötersketjänster.

Insatser för vuxna med Aspergers syndrom

Inom vuxenpsykiatri startade arbetet kring patientgruppen med Aspergers syndrom under sent 90-tal, inledningsvis i Ronneby och Karlskrona. Det var ett nytt och svårt område med stort lidande för patienterna. Utrednings- och behandlingsarbetet inom vuxenpsykiatri har utvecklats över tiden. Inom psykiatri har patientgruppen vuxit snabbt – från 119 patienter med 1160 besök år 2008 till 261 patienter med 2195 besök 2014.

Inom habiliteringen fanns under samma period ett fåtal patienter med autism och utan samtidig utvecklingsstörning aktuella för vuxenteamen. Arbetet fokuserades på att upptäcka autismdiagnos för personer med utvecklingsstörning så att de skulle få rätt stöd. Även här har verksamheten utvecklats mycket sedan dess.

Habiliteringens utredningsuppdrag för barn och unga gavs i slutet av 90-talet. När patienterna sedan blivit vuxna har de överlämnats till vuxenteamen inom Habiliteringen, oavsett om de har samtidig utvecklingsstörning eller inte. Patientgruppen ligger inte inom habiliteringens uppdrag som riktar sig främst mot patienter med rörelsehinder, autism och samtidigt utvecklingsstörning. Patientgruppen har vuxit snabbt även inom habiliteringen, från 67 patienter och 200 besök år 2008 till 135 patienter och 519 besök år 2014. Habiliteringens resurser har inte utökats under perioden utan resurser har istället tagits från barnteamet för att kunna ge insatser till de vuxna patienterna med Aspergers.

För att klara insatserna till den växande gruppen patienter med Aspergers syndrom behöver resurserna utökas med rätt kompetens för patientgruppen (t ex specialpedagog). En resursförstärkning innebär samtidigt att det frigörs resurser inom Habiliteringen till att förkorta utredningstiden och förbättra tillgängligheten till ny- och återbesök för barn. Tillgängligheten inom Habiliteringen är betydligt lägre än inom psykiatri och behöver förbättras.

Behov av budgetförstärkning

Behov av budgetförstärkning för resurser till patienter med Aspergers syndrom beräknas till **0,5 mkr 2016**, vilket motsvarar en tjänst som specialpedagog.

Möjligheter till besparingar inom Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen

Innan en verksamhet begär utökade medel bör en genomlysning av om besparing och effektivisering kan göras på andra områden så att ytterligare medel inte behövs.

Vad gäller Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen har förvaltningen mellan åren 2008-2011 genomfört besparingsåtgärder motsvarande 35 mkr. Genomförda besparingsåtgärder, vilka har varit genomgripande, har inneburit en vidareutveckling och kostnadseffektivisering av psykiatri och habiliteringen.

Därefter har förvaltningen fortsatt med verksamhets- och kvalitetsutvecklande arbete och bland annat omvandlat vårdplatser inom den slutna vården till utökade resurser inom öppenvården. Satsningen är i linje med professionell och tillgänglig psykiatri.

Genomförda förändringar under åren 2008 – 2014 i sammanfattning:

- Minskat antalet vårdplatser inom vuxenpsykiatri med 50 till dagens 47 vårdplatser
- Byggt ut mellanvård inom vuxenpsykiatri (mottagning, gruppverksamhet och dagpsykiatri). Utgångspunkter för mellanvård är att förebygga inläggning men också att underlätta för utskrivning och härmed korta vårdtiderna.
- Minskat antalet vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri med 3 till dagens 2 vårdplatser med femdygnsvård (möjlighet till 7-dygnsvård vid behov)
- Byggt ut mellanvård inom Barn- och ungdomspsykiatri – se ovan
- Tillskapat Beroendeenhet med öppen och slutna vård varav 2 vårdplatser betalas av kommunerna för tillnyktring(tillskott med 5 mkr).
- Minimum av tvångsvård och tvångsåtgärder – ur ett nationellt perspektiv
- Tillskapat akut- och rådgivningsteam inom vuxenpsykiatri Väst, vuxenpsykiatri Öst samt efter kl 16.00 samt helger inom Läns-gemensam Psykiatri
- Förändrad organisation och vårdinnehåll inom habiliteringen

- Arbetat för god tillgänglighet – bäst i landet inom såväl barn- och ungdomspsykiatri som vuxenpsykiatri. Korta väntetider inom habiliteringen ur ett nationellt perspektiv. Att möta nya patienter tidigt (helst inom en vecka) är ett medel att undvika försämring av tillstånd under väntetid och att förebygga inläggning i slutenvården.
- Arbetat strategiskt för att minska utomlänsvården – minskat antalet remisser till ett minimum
- Tagit fram lokala vårdprogram för stora patientgrupper
- Arbetat systematiskt med kvalitetsmått för bättre vård, ökad delaktighet för patienter, bättre anhörigkontakter mm
- Minskat antalet basenheter från 10 till 5
- Minskat antalet chefer till hälften
- Lokalmässigt sammanfört verksamheter för bättre samnyttjande av resurser och samordningsvinster
- Samerkansavtal med kommunerna och primärvården
- Förstärkt budget med 1,5 mkr för insatser avseende Unga Vuxna patienter
- Klarat att hålla budget åren 2007 - 2013

Den psykiska ohälsan ökar i Blekinge liksom i övriga landet. Vardagen i psykiatri och habiliteringen präglas av hög tillströmning av nya patienter, gamla patienter som behöver oss och patienter med komplex problematik som kräver extra insatser som är kostnadskrävande samt en alltmer växande patientadministration.

Vårdtyngden ökar kontinuerligt (svåra och behandlingskrävande patienter) både i öppen och slutenvård. Under de senaste åren har förvaltningen fått fler patienter med psykosocialt svår problematik med såväl socialt utanförskap, drogmissbruk och psykiskt sjukdom vilket leder till mycket hög vårdtyngd.

Vid jämförelse av kostnadsläget för psykiatri i Blekinge kan konstateras att kostnaden i kronor per invånare var i nivå med riket 2013 (uppgifter för 2014 har inte kommit ännu). Se bilaga 3. Tidigare genomförda besparingar, den ökade vårdtyngden och kostnadsläget jämfört med riket gör att möjligheterna till ytterligare besparingar är begränsade och budgettillskott bedöms därför behövas för 2016.

Påverkan på lokalbehovet vid budgetförstärkning

Behoven av budgetförstärkning innebär i flertalet fall en utökning av antalet anställda. Detta förslag bedöms påverka lokalbehovet enligt följande;

- Beroendeenhetens mottagning är redan idag trångbodd och kommer behöva utökade lokaler.
- I västra Blekinge kommer lokaler att finnas på Vuxenpsykiatri västs mottagning.
- Övriga enheter klarar lokalbehovet vid budgetförstärkning.

Sammanfattning behov av budgetförstärkning 2016

Behov av budgetförstärkning 2016

Behandlingspersonal läkemedels- & dopningsmedelsmissbruk	
inkl driftskostnad läkemedel, testmaterial	4,0 mkr
Behandling av undernäring och ätstörning (dietister)	1,0 mkr

Fördjupade neuropsykiatriska utredningar barn (psykologer)	1,2 mkr
Grundläggande insatser för kommunikation (logopedier)	1,0 mkr
Fördjupade neuropsykiatriska utredningar vuxna	2,5 mkr
Förskrivning kognitiva hjälpmedel VUP	0,5 mkr
Sjukdomsförebyggande arbete psykospatienter	1,0 mkr
Behandling och uppföljning av läkemedelsbehandling vid ADHD	1,0 mkr
<u>Insatser för vuxna med Aspergers syndrom</u>	<u>0,5 mkr</u>
Summa behov av budgetförstärkning totalt	12,7 mkr

Andra viktiga områden med behov av resurser inför 2016

Första linjens psykiatri för barn och unga

Det pågår ett projekt i Ronneby kommun som kallas "Första linjen för barn- och ungas psykiska hälsa" under perioden 2014-02-03--2015-12-31. Projektet syfte är att bygga upp en första linje inom primärvården för att möta den psykiska ohälsan hos barn, unga från 0-18 år i primärvården i Ronneby kommun. Även att arbeta kliniskt med familjer för att stärka det sociala nätverket runt barn och föräldrar i riskzonen för psykisk ohälsa, samt att samarbeta och samverka med BVC, BUP och distriktläkare från kommunen. För att genomföra projektet har en leg psykolog/psykoterapeut och tillika projektledare samt en kurator anställts med placering på Kallinge vårdcentral.

Arbetet sker i enlighet med det samverkansavtal som finns mellan primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin och projektet finansieras med statsbidrag för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa som BUP erhållit. Till projektet finns en styrgrupp knuten bestående av förvaltningschefer och verksamhetschefer för primärvården och psykiatrin. Det statsbidrag som används för projektet räcker t o m 2015 och diskussion måste nu föras i styrgruppen i vilken form verksamheten ska drivas vidare 2016, hur den ska finansieras och hur den ska breddas till att omfatta barn och unga i hela länet.

Enligt den gällande överenskommelsen mellan Primärvårdsförvaltningen och Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen har primärvården ansvar för första linjens psykiatri och Primärvårdsförvaltningen har därför i sina budgetäskanden för 2016 begärt medel för att kunna permanenta en länsövergripande verksamhet i enlighet med projektet. Om medel inte beviljas till detta kommer barn- och ungdomspsykiatrin även fortsättningsvis att få ta ansvar för första linjens psykiatri då kompetensen saknas i Primärvårdsförvaltningen. För barn- och ungdomspsykiatrin medför detta att patienter med enklare problematik prioriteras framför patienter med svårare problematik, vilka då ges mindre tid.

Unga vuxna

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

Vuxenpsykiatrin erhöll i 2014 års budget en förstärkning uppgående till 1,5 mkr till satsningen omhändertagande av gruppen unga vuxna. Verksamheterna fick igång verkningsfulla insatser och utöver det organiserade Kompetenscentrum utbildningarna Liv i livet, Liv i livet ung och Konst, hälsa och dans samt Kultur och hälsa till gagn för de unga patienter som är aktuella inom psykiatrin. Kompetenscentrums verksamheter var/är tillfälliga verksamheter finansierade med

projektmedel och behovet av dessa är fortsatt stort. Liv i livet kommer att få en fortsättning genom nyligen beviljade ESF-medel t o m 2017. Kultur och hälsa avslutas i slutet av 2015 och möjligheten att permanenta projektet i samarbete med kommunerna 2016 undersöks för närvarande. Utöver detta kommer en genomlysning av behovet av andra insatser för barn och unga vuxna med psykisk ohälsa göras för att ev ansöka om medel från t ex FINSAM och Landstingets sociala investeringsfond.

I tjänsten

Bodil Sundlöf
Förvaltningschef

Bilaga 1

Neuropsykiatriska utredningar

Utredningsrekommendationerna i Västra Götaland bygger på 3 nivåer och ser ut som följer:

Nivå 1 (bedömning):

- Att antingen avskriva misstanke om diagnoserna ADHD, autismspektrumtillstånd, Tourettes syndrom eller att besluta om utredning enligt nivå 2 eller 3.
- Genomgång av tillgängliga journaler 1 tim.
- Genomgång av själv- och anhörigskattningsformulären ASRS v1.1, WURS 25 item, EQ, AQ, AUDIT, DUDIT, dyslexiscreening, vid behov ASSQ, 1 tim.
- Kliniskt bedömningssamtal inkluderande ASDASQ, screening för autismspektrumstörning samt allmänpsykiatrisk differentialdiagnostik av läkare och/eller psykolog 3 tim.
- Teamkonferens med beslut om fortsatt handläggning ½ tim.
- Slutdokumentation 1 ½ tim.

Totalt 7 tim.

Nivå 2 (mindre utredning):

- Att färdigutreda misstänkt okomplicerad ADHD och/eller Tourettes syndrom eller att besluta om fortsatt utredning enligt nivå 3.
- Anhörig- och/eller närståendeintervju 1 tim.
- Psykologutredning inkluderande bedömning av allmänbegåvning, t ex WAIS-III, samt beteendeobservationer 3-5 tim.
- Kompletterande klinisk bedömning av läkare och/eller i särskilda fall psykolog 2-3 tim.
- Teamkonferens med beslut om fortsatt handläggning 1 tim.
- Återföring till patient och anhörig/närstående 1 tim.
- Slutdokumentation 2 tim.

Totalt 10-13 tim.

Nivå 3 (fördjupad utredning):

- Att färdigutreda autismspektrumtillstånd med kvarstående misstanke om diagnos efter bedömning under nivå 1.
- Att utreda misstänkt ADHD med misstanke om samsjuklighet och/eller omfattande problem med ADL-funktioner.
- Anhörig- och/eller närståendeintervju 2 tim.
- Genomgång av tidigare journaler från nutid och barndom 2 tim.
- Psykologutredning 10-15 tim.
- Ev. arbetsterapeutisk funktionsbedömning 2-6 tim.
- Läkarbedömning inkluderande fördjupad somatisk undersökning 6-10 tim.
- Teamkonferens 1½ tim.
- Återföring till patient och anhörig/närstående 1½ tim.
- Ev. återföring till berörda samverkansparter 2 tim.
- Slutdokumentation 2 tim.

Totalt 29-42 tim.

Utredningen kan sägas vara uppbyggd för att kunna ge ett adekvat underlag för bedömning av de aktuella **utvecklingsrelaterade** tillstånden.

Bilaga 2

Behandling och uppföljning av läkemedelsbehandling vid ADHD

Enligt riktlinjer som tagits av chefläkaren i förvaltningen ska uppföljningen skötas enligt nedan:

Första tre månader av läkemedelsbehandling

1 gång i veckan: kontroll av puls, blodtryck hos sjuksköterska under pågående dosupptrappning. Månatlig utvärdering av läkemedelseffekt och biverkningar av sjuksköterska eller läkare.

Under pågående läkemedelsbehandling (från 4:e månaden)

Var 3:e månad: puls och blodtryck, GAF-symtom och GAF-funktion hos sjuksköterska

Var 6:e månad: utvärdering av läkemedelseffekt och biverkningar, förekomst av psykiatriska symtom, missbruk och ev. neurologiska symtom (kramper, tics, etc.)

Årligen: somatisk status, TSH, AUDIT. Om anamnes eller status talar för hjärtsjukdom: NT-proBNP, EKG, vid behov kardiologkonsult.

Hos patienter med missbruk/beroende: regelbundna kontroller av S-PEth eller S-CDT och urintoxikologi

Vid varje återbesök: förekomst av depression, strukturerad suicidriskskattning, behov av tätare kontakt

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen

Övrigt av betydelse för budgetprocessen 2016

Kostnadsläget för psykiatrin i Blekinge är i nivå med riket – begränsade möjligheter till ytterligare besparingar

